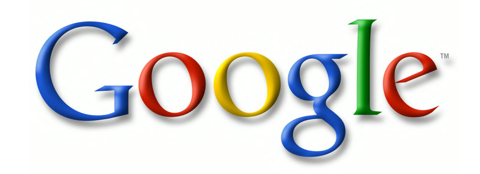


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

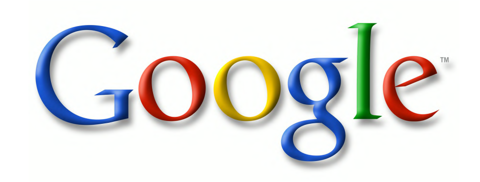
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

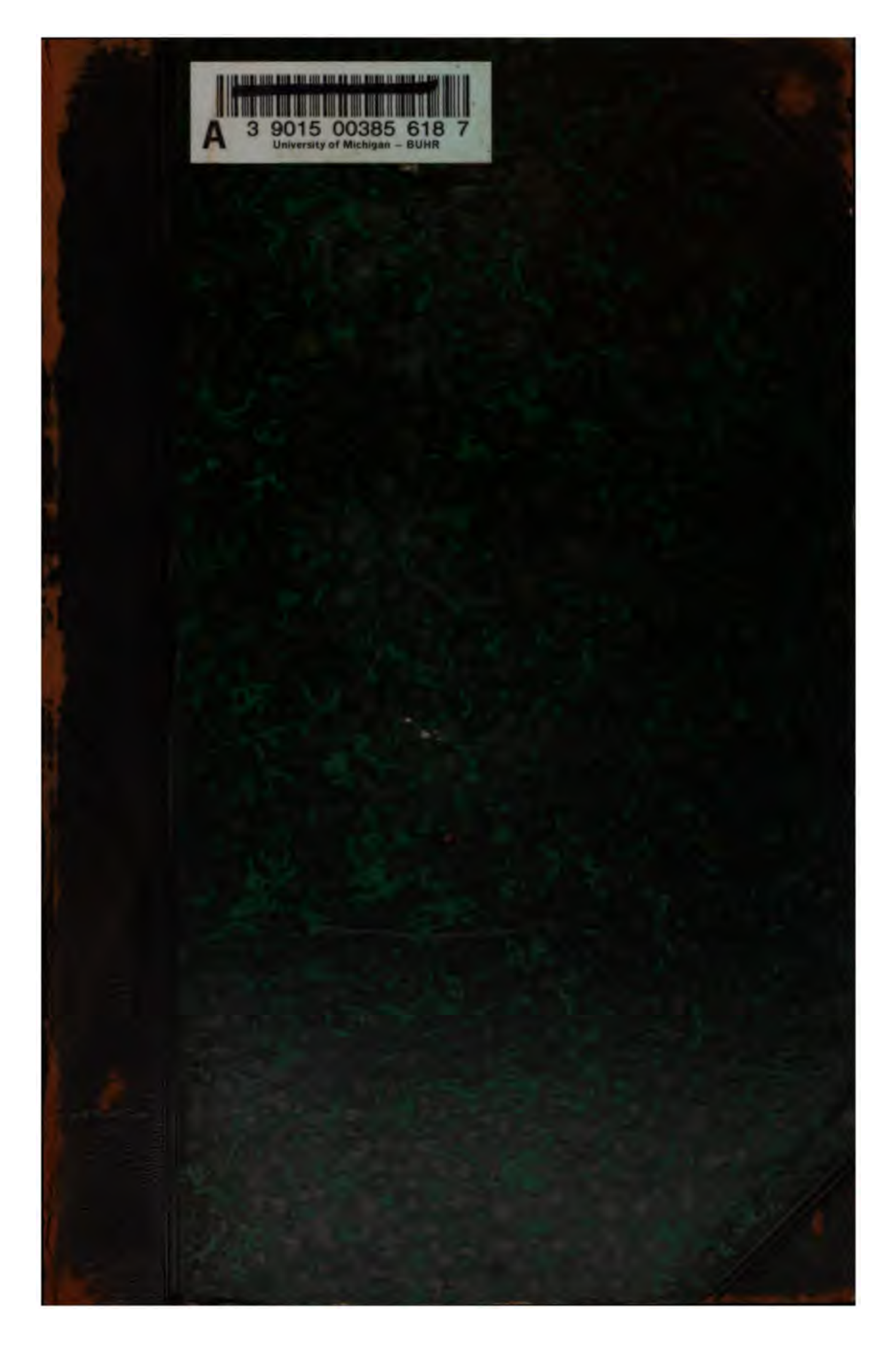
Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

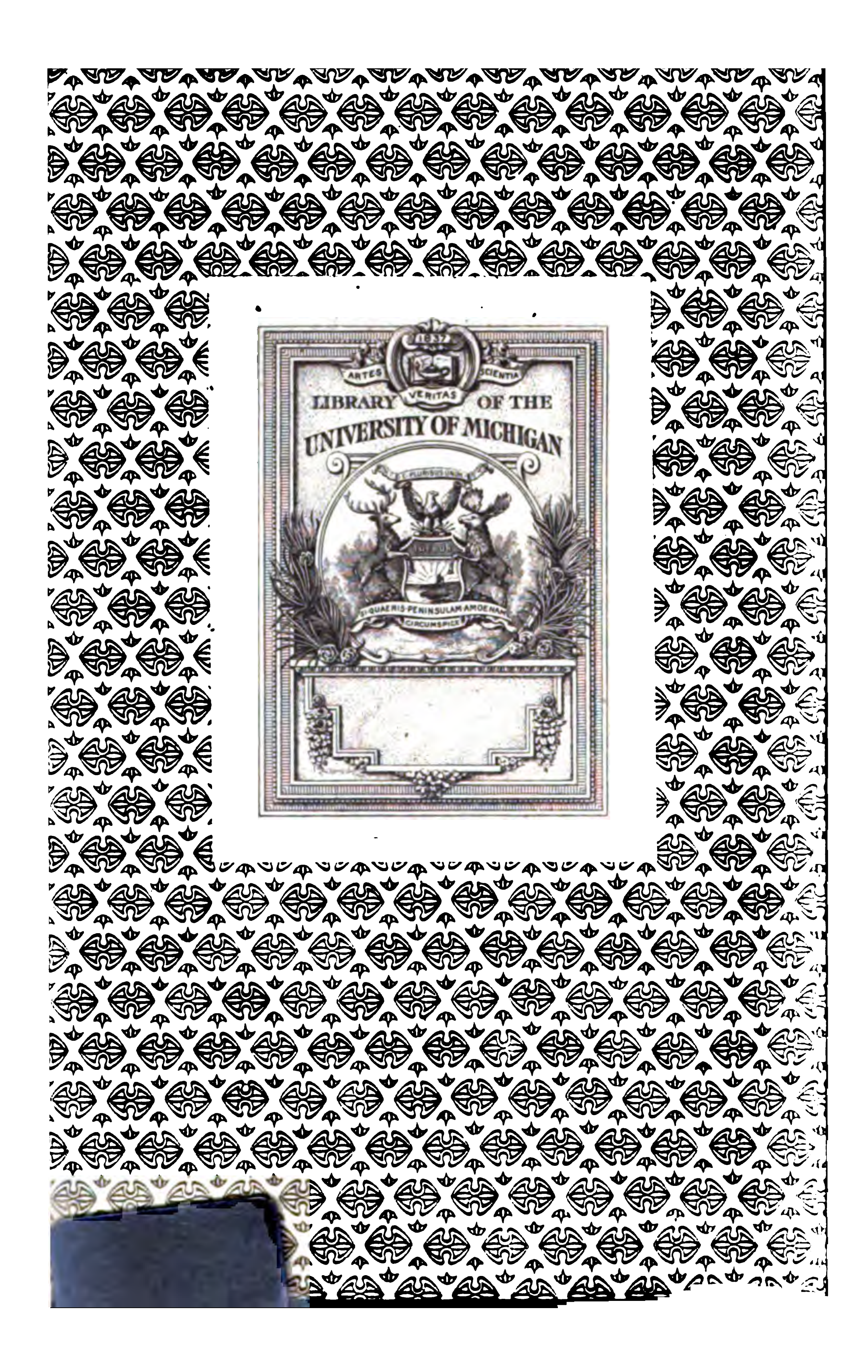
Nous vous demandons également de:

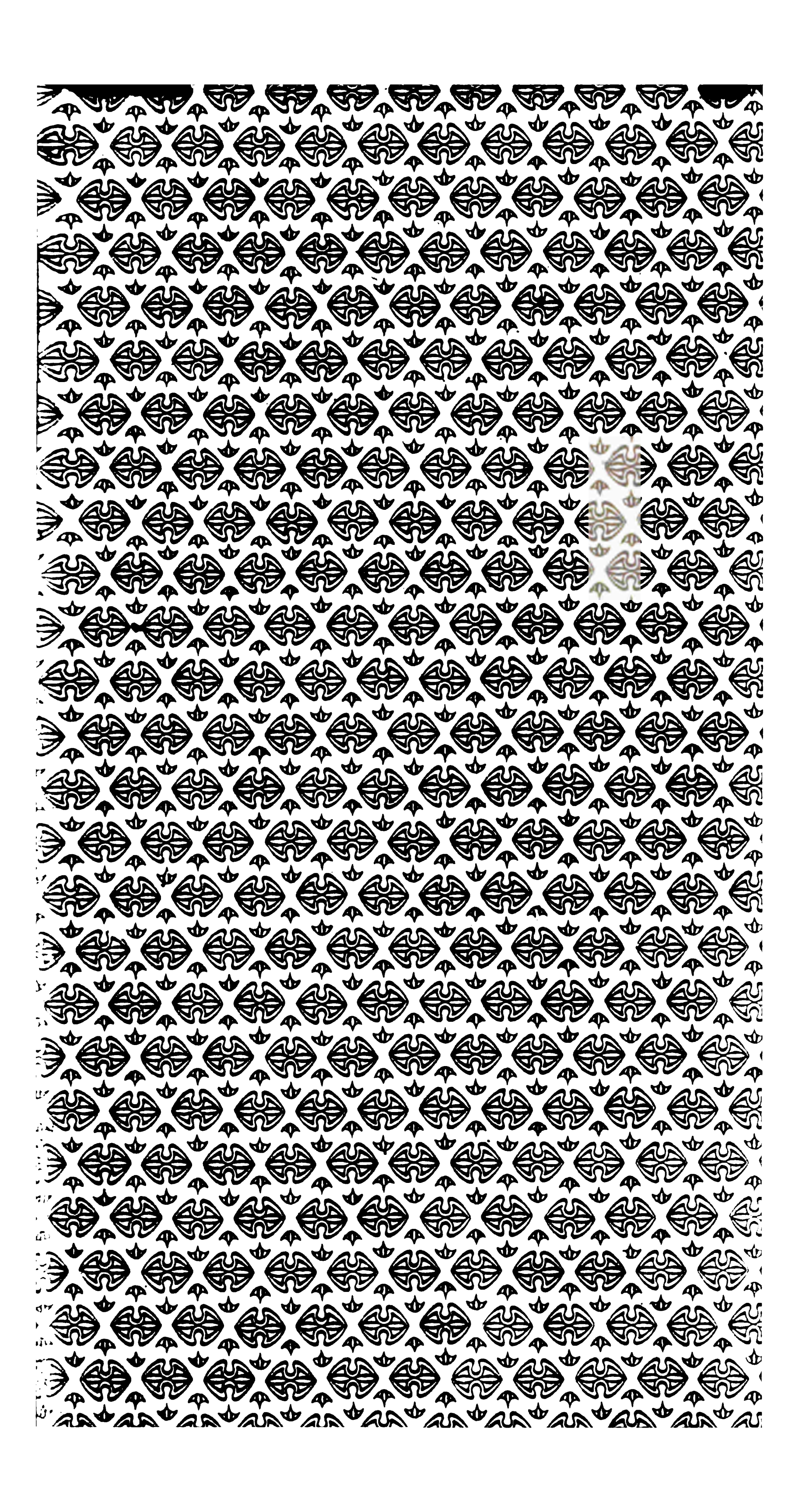
+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


A 3 9015 00385 618 7
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



610.5
A545
G99

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXXVII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements..............	20	—
Pour l'Europe......................	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23	—
Pour les autres parties du monde...	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 80, rue Miromesnil, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 6, rue Herschel, pour la partie obstétricale ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef.

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XXXVII

Contenant des travaux de

BUMM, DELAISSEMENT, ENGSTROM, ÉTIENNE, HARTMANN et ALDIBERT, HARTMANN, LABUSQUIÈRE, MALLY, MORE MADDEN, MORIZANI, OUI, PÉAN, PINARD, POLOSSON, QUENU, ROUTIER, SPINELLI.

1892

(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1882

[illegible]

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1892

A Monsieur le rédacteur en chef des *Annales de gynécologie*.

Mon cher Collègue,

Conformément à la promesse que je vous ai faite lors de mon passage à Paris au mois de novembre dernier, je vous envoie un premier article sur la Symphyséotomie. Ce n'est qu'une statistique des résultats de l'opération pratiquée suivant les règles de l'antisepsie, avec les deux conclusions qui se dégagent nettement des observations cliniques. Du jour où cet article sera publié par les *Annales de gynécologie*, la question de la Symphyséotomie s'imposera, je l'espère, à la discussion internationale. Nous le devrons au professeur Pinard dont le haut patronage nous est un gage de succès (1).

Veuillez agréer, etc.

Dr P. G. SPINELLI.

Naples, le 11 décembre 1891.

(1) Nous publierons dans le prochain numéro des Annales de gynécologie une leçon de M. Pinard sur la symphyséotomie, leçon faite le 7 décembre dernier à la clinique Baudelocque.

TRAVAUX ORIGINAUX

INSTITUT OBSTÉTRICAL ET GYNÉCOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE NAPLES
DIRIGÉ PAR LE PROFESSEUR O. MORISANI

LES RÉSULTATS DE LA SYMPHYSÉOTOMIE ANTISEPTIQUE A L'ÉCOLE OBSTÉTRICALE DE NAPLES

Par le Dr P. G. Spinelli.

Dans cette première note clinique et statistique je me propose de faire connaître les résultats de la symphyséotomie antiseptique telle qu'on la pratique dans notre école obstétricale napolitaine. Ultérieurement je traiterai des indications et de la technique opératoire de la symphyséotomie.

La belle période de la symphyséotomie ne date que de quelques années. Grâce au triomphe des principes rationnels d'indication opératoire formulés et énergiquement défendus par le professeur Morisani, et grâce à l'application rigoureuse de l'antisepsie, les résultats de l'opération ont été constamment favorables pour les mères. Quant aux enfants ils n'ont couru aucun risque du fait de la symphyséotomie ; les risques auxquels ils ont pu être exposés sont exclusivement inhérents aux opérations d'extraction.

Voici un rapide résumé de 24 cas de symphyséotomie antiseptique ; 12 de ces opérations ont été pratiquées à la clinique obstétricale de la Faculté de Naples, dirigée par le professeur O. Morisani ; 5 à la Maternité du grand hôpital des Incurables et 7 en ville.

Je remercie le professeur Morisani, les Drs Novi et Mancusi qui m'ont très gracieusement communiqué leurs observations inédites.

OBSERVATION I

(N° 53 du registre de la Clinique de la Faculté. Année scolaire 1887-1888.)

Anna Liquori, 15 ans, primipare, est amenée à la Clinique obstétricale à terme et en travail depuis trois jours. La poche des eaux est rompue depuis 52 heures. Plusieurs tentatives infructueuses de version et de forceps ont été faites en ville.

Température de la parturiente 38°,5. Fœtus vivant, présentant le sommet en position droite, variété transversale avec procidence du bras gauche.

Bassin plat rachitique :

Conjugué de Baudelocque...	16 centimètres
Promonto-sous-pubien......	8 c. 5
Conjugué vrai..............	7 c.

Date de l'opération : 20 février 1888.

Après avoir essayé vainement de réduire la procidence du bras application de forceps, symphyséotomie, extraction à l'aide de tractions modérées. Délivrance spontanée.

Suture immédiate de la plaie sus-pubienne. Suppuration de deux points de suture. Guérison parfaite et complète.

Garçon vivant du poids de 2,920 gr ; diamètre bipariétal 9 c. 2.

OBSERVATION II

(N° 35 du registre de la Clinique obstétricale de la Faculté.)

Mazza Concetta, 25 ans, primipare. Grossesse à terme. Fœtus vivant présentant le sommet en position gauche, variété transversale.

Mensurations du bassin avec le pelvi-clisiomètre du Dr Lauro :

Conjugué externe de Baudelocque..	18 centimètres.
Diamètre oblique droit............	20 c. 5.
» oblique gauche..........	20 c.
» entre les deux crêtes iliaques.................	23 c. 5.

Diamètre entre les épines iliaques antérieures et supérieures.........	24 c.
Hauteur de la symphyse pubienne.....	5 c. 3
Inclinaison..........................	36°
Épaisseur............................	3 c.
Promonto-sous-pubien (conjugué diagonal)...........................	8 c. 8
Conjugué vrai.......................	7 c.

Date de l'opération : 5 mars 1888. — On fit la symphyséotomie, les membranes étant intactes et la dilatation de l'orifice presque complète; puis on rompit les membranes et le flot amniotique entraîna une anse du cordon qui fut réduite. Après quoi on appliqua le forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés. Le 15e jour, l'accouchée quitte son lit.

Garçon vivant du poids de 3,080 gr. Diamètre bipariétal, 9 c. 5.

OBSERVATION III

(N° 2 du registre de la Clinique. Année scolaire 1888-1889.)

Anna Giustiniani, 24 ans, primipare. Grossesse à terme. Fœtus vivant, présentant le sommet en position gauche, variété transversale.

Bassin plat rachitique :

Conjugué externe de Baudelocque, 16 cent.

Promonto-sous-pubien (conjugué diagonal), 8 c. 1.

Conjugué vrai, 6 c. 6.

Date de l'opération : 28 janvier 1889. — Symphyséotomie et application de forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés. L'opérée quitte le lit au bout de 12 jours.

Fille vivante du poids de 2,520 gr. Bipariétal, 8 c. 5.

OBSERVATION IV

(N° 76 du registre de la Clinique. Année scolaire 1889-1890.)

Mazza Concetta (c'est la femme de l'observation II) entre à la Clinique au terme de sa seconde grossesse. Fœtus vivant. Présentation du sommet, en position gauche, variété transversale.

Date de l'opération : 20 février 1890. — Symphyséotomie ; extraction par la version. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés. Le 10e jour l'opérée quitte le lit.

Garcon légèrement asphyxié, ranimé, du poids de 2,600 grammes. Diamètre bipariétal, 9 centimètres.

OBSERVATION V

(N° 90 du registre de la Clinique. Année scolaire 1889-1890.)

Vincenza de Siena, 19 ans, primipare. Entrée à la clinique à terme et en travail. Longueur du col, 1 centimètre. Orifice à peine dilaté. Poche des eaux rompue depuis 24 heures ; écoulement par le vagin de liquide amniotique mélangé de méconium. Fœtus vivant, présentant le sommet en position gauche, variété transversale. Température de la parturiente, 38°,7.

Conjugué diagonal, 8 c. 8.

Conjugué vrai, environ 7 centimètres.

Date de l'opération : 28 mars 1890. — Après l'emploi des douches de Kiwisch et du colpeurynter de Braun, la dilatation de l'orifice utérin étant incomplète, on pratiqua la symphyséotomie puis l'extraction par la version. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne ; réunion par première intention.

Suites de couches pathologiques traitées avec succès et

enrayées en peu de jours par les injections intra-utérines de sublimé.

Fille vivante née en état d'asphyxie (3e degré), ranimée à l'aide de soins appropriés, mais *morte 12 heures après*. Poids 3,250 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c. 5.

Observation VI

(N° 115 du registre de la Clinique. Année scolaire 1889-1890.)

Nunziata Connola, 31 ans, reçue à la clinique à terme et en travail. Poche des eaux rompue depuis 20 heures. Fœtus vivant en présentation du sommet, position gauche, variété transversale.

Mensurations du bassin :

Conjugué de Baudelocque...........	15 c. 8
Conjugué diagonal..................	9 c. 4
Conjugué vrai.......................	7 c. 5

Date de l'opération : 30 mai 1890. — Symphyséotomie et application de forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés. Au bout de 10 jours, la femme quitte la clinique.

Garçon vivant de 3,050 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c. 5.

Observation VII

(N° 1 du registre de la Clinique. Année scolaire 1890-1891.)

Filomena Gallizia, 35 ans. Reçue à la clinique à terme et en travail. Fœtus vivant, présentant le sommet.

Mensurations du bassin :

Conjugué externe..................	15 c.
Conjugué diagonal..................	8 c. 7
Conjugué vrai.......................	7 c. 2

Date de l'opération : 12 novembre 1890. — Symphyséotomie et application de forceps; extraction en occipito-sacrée. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés. L'opérée quitte le lit le 13e jour.

Garçon vivant du poids de 2,920 grammes. Diamètre bipariétal, 8 c. 5.

OBSERVATION VIII

(N° 93 du registre de la Clinique. Année scolaire 1890-1891.)

Concetta di Nacci, 33 ans, primipare. Entrée à la clinique à terme et en travail depuis 4 jours ; poche des eaux rompue artificiellement depuis 7 heures.

Fœtus vivant, présentant le sommet, en position gauche, variété transversale.

Conjugué diagonal, 10 cent.

Conjugué vrai, 8 cent.

Date de l'opération : 22 avril 1891. — Symphyséotomie et application de forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches pathologiques. Guérison.

Fille vivante de 3,250 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c. 5.

OBSERVATION IX

(N° 10 du registre de la Clinique. Année scolaire 1890-1891.)

Nunziata Connola (c'est la femme de l'observation VI). Entrée à la clinique à terme et en travail. Membranes intactes. Orifice dilaté comme une pièce de dix centimes. Présentation du sommet en position gauche, variété transversale.

Date de l'opération : 10 juillet 1891. — Symphyséotomie, les membranes étant intactes et la dilatation de l'orifice presque complète ; rupture artificielle des membranes et

application de forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention de la symphyse. Le 8e jour l'opérée quitte son lit.

Fille vivante du poids de 3,150 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c. 3.

OBSERVATION X

(Nº 1 du registre de la Clinique. Année scolaire 1891-1892.)

Concetta Adamo, 32 ans, multipare. Sept grossesses antérieures terminées par des accouchements prématurés spontanés à 7 mois ; tous les enfants morts.

La huitième grossesse évolua normalement jusqu'au terme. On fit la symphyséotomie qui permit d'extraire un enfant vivant. Observation publiée dans la 3e statistique du professeur Morisani. (*Annali di ostetricia e ginecologia*, 1886.)

Entrée à la clinique à terme et en travail (neuvième grossesse). Membranes rompues. Orifice presque complètement dilaté. Fœtus vivant; présentation du sommet en position gauche, variété transversale.

Mensurations du bassin : Conjugué diagonal 8 c. 5.
Conjugué vrai.... 7 c.

Date de l'opération : 25 septembre 1891. — Symphyséotomie et application de forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés. Le 15e jour l'opérée quitte le lit.

Garçon vivant du poids de 3,500 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c. 7.

OBSERVATION XI

(N° 4 du registre de la Clinique. Année scolaire 1891-1892.)

Maria Fisichella, 27 ans, primipare. Entrée à la clinique au terme de la grossesse. Fœtus vivant, présentant le sommet en droite transversale.

Mensurations du bassin :

Conjugué externe de Baudelocque....	15 c.
Diamètre oblique droit..............	21 c.
» oblique gauche............	22 c. 5
Entre les crêtes iliaques............	26 c.
Bi-trochantérien.....................	30 c.
Entre les épines iliaques............	26 c. 5
Conjugué diagonal..................	8 c. 5
Conjugué vrai.......................	7 c.

Date de l'opération : 20 novembre 1891. Symphyséotomie. Application de forceps au détroit inférieur pour résistance périnéale. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Réunion par première intention. Suites de couches normales,

Garçon vivant de 3,500 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c. 5.

OBSERVATION XII

(N° 6 du registre de la Clinique. Année scolaire 1891-1892.)

Antonietta Aiello, 28 ans, III pare.

Deux accouchements prématurés spontanés à 7 mois. Enfants morts.

Entrée à la clinique, au terme de 8 mois, en travail. Membranes intactes. Orifice à peine dilaté. Fœtus vivant. Présentation du sommet en position gauche, variété transversale.

Mensurations du bassin : Conjugué diagonal.... 8 c. 1
Conjugué vrai........ 6 c. 3

Date de l'opération: 28 novembre 1891. — Symphyséotomie et application de forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Réunion par première intention. Suites de couches normales.

Garçon vivant de 2,100 gr. Diamètre bi-pariétal, 8 c. 5.

Observation XIII

Maria Parnia, 35 ans, primipare. Entrée à la Maternité des Incurables, à terme. Fœtus vivant; présentation du siège complet.

Mensurations du bassin : Conjugué diagonal.... 8 c. 5
Conjugué vrai........ 7 c.

Symphyséotomie. Extraction normale du fœtus. Délivrance spontanée. Suites de couches normales. Réunion par seconde intention de la plaie supra-pubienne.

Fille vivante.

Observation XIV

Gaëtana Vigliano, 37 ans. Entrée à la Maternité des Incurables, à terme et en travail. Fœtus vivant, occipito-postérieure.

Bassin ostéomalacique. Branches ischio-pubiennes et tubérosités ischiatiques très rapprochées.

Diamètre bi-ischiatique................ 4 c.
Conjugué vrai........................ 8 c. 1

Symphyséotomie et application de forceps. Délivrance spontanée. Suites de couches normales. Réunion par seconde intention de la plaie supra-pubienne.

Garçon vivant.

Observation XV

Maria Perozzi, 21 ans, secondipare. Premier accouchement prématuré spontané à 7 mois. Fœtus mort.

Entrée à la Maternité des Incurables au terme de sa 2e grossesse. Fœtus vivant. Présentation du sommet en position droite.

Squelette et bassin considérablement déformés par le rachitisme.

Conjugué diagonal, 8 cent.

Conjugué vrai, 6 c. 7.

Symphyséotomie et application de forceps. Extraction difficile. Délivrance spontanée. Suites de couches légèrement fébriles. Guérison. Réunion par seconde intention de la plaie supra-pubienne.

Garçon vivant de 5,000 gr. Diamètre bipariétal, 10 c.

OBSERVATION XVI

Francesca Spalico, 23 ans, primipare. Entrée à la Maternité des Incurables presque à terme. Fœtus vivant. Présentation du sommet, occipito-postérieure.

Bassin rachitique. Conjugué vrai, 7 c. 4.

Symphyséotomie et application de forceps. Délivrance spontanée. Suites de couches normales. Réunion par seconde intention de la plaie supra-pubienne.

Garçon vivant.

OBSERVATION XVII

Antonia Prelisse, 18 ans, primipare. Entrée à la Maternité des Incurables à terme et en travail. Fœtus vivant, présentant le sommet.

Bassin rachitique. Conjugué vrai, 7 cent.

Symphyséotomie et application de forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée. Suites de couches normales. Réunion par seconde intention de la plaie supra-pubienne.

Fille vivante.

OBSERVATION XVIII

Filomena Fiore, 21 ans, primipare, à terme et en travail. Fœtus vivant, présentation du sommet, position droite, variété transversale.

Bassin plat rachitique. Conjugué diagonal........ 8 c. 5
Conjugué vrai............ 7 c.

Opération faite en ville, le 25 août 1887. — Pubiotomie avec la scie à chaîne. Extraction par le forceps. Délivrance spontanée. Suites de couches normales.

Guérison rapide.

Garçon vivant, de 3,050 grammes, Diamètre bipariétal, 8 c. 8.

Observation XIX

Lucia Scarpellini, 28 ans, secondipare.

Premier accouchement à terme, céphaloptrisie.

Seconde grossesse à terme. Fœtus vivant, présentant le sommet en position droite, variété transversale.

Mensurations du bassin :

Conjugué de Baudelocque..........	19 c.
Épaisseur de la symphyse..........	4 c.
Hauteur de la symphyse...........	5 c.
Inclinaison........................	55°
Conjugué diagonal................	10 c.
Conjugué vrai.....................	6 c. 5

Opération pratiquée en ville, le 16 août 1888. — Symphyséotomie et extraction par la version. Délivrance spontanée. Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés. Le 12e jour, l'accouchée quitte le lit.

Garçon vivant, de 3,240 grammes. Diamètre bipariétal de 9 c. 2.

Observation XX

Filomena Fiore (c'est la femme de l'observation XVIII), IIpare, à terme. Fœtus vivant, présentant le sommet, en position droite, variété transversale. Membranes rompues depuis une heure.

Date de l'opération (faite en ville) : 2 mai 1889. — Symphyséotomie et extraction par le forceps, appliqué avant l'incision de la symphyse. Délivrance spontanée. Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales.

Fille vivante de 3,160 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c.

OBSERVATION XXI

Maria Protaro, 22 ans, IIpare.

Premier accouchement terminé par embryotomie céphalique.

Seconde grossesse, à terme; fœtus vivant présentant le sommet, en position droite, variété transversale.

Mensurations du bassin : Conjugué diagonal... 9 c. 3.
Conjugué vrai....... 7 c. 8.

Date de l'opération (faite en ville) : 12 septembre 1889.

Application de forceps; tentatives infructueuses d'extraction.

Symphyséotomie puis extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés.

Le 8e jour, la femme quitte le lit.

Garçon vivant de 3,320 grammes. Diamètre bipariétal, 9 cent.

OBSERVATION XXII

La même Protaro, IIIpare, est opérée de nouveau de la symphyséotomie le 18 février 1891. Fœtus vivant, présentant le sommet en position gauche, variété transversale. Extraction à l'aide du forceps. L'opérée quitte le lit le 7e jour.

Fille vivante, de 3,070 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c.

OBSERVATION XXIII

Maddalena Tomas, 24 ans, primipare, à terme. Fœtus vivant, présentant le sommet.

Traces évidentes de rachitisme sur tout le squelette, spécialement aux membres inférieurs. Impossibilité de mesurer le conjugué diagonal, le rapprochement des branches ischio-pubiennes ne permettant pas l'introduction du doigt. On ne peut explorer non plus le col de l'utérus. Le maximum du

rétrécissement porte sur le diamètre bi-ischiatique qui mesure 3 c. 2.

Date de l'opération (faite en ville) : 13 juin 1891. — Symphyséotomie. Application de forceps infructueuse. Extraction par la version. Délivrance spontanée. Suites de couches normales.

Réunion par première intention de la plaie opératoire.

Fille vivante de 2,950 grammes. Diamètre bipariétal, 8 c. 7.

OBSERVATION XXIV

Anna Tarantino, 35 ans, multipare. Cinq grossesses à terme, accouchements spontanés. Sixième grossesse terminée par une application de forceps.

A terme de sa 7e grossesse et en travail.

Bassin ostéomalacique : Conjugué vrai, 6 c. 9.

Date de l'opération : 4 mai 1890. — Application de forceps infructueuse. Symphyséotomie. Extraction difficile. Délivrance spontanée. Suites de couches normales.

Garçon vivant, bien développé.

Voici donc 24 opérations de symphyséotomie avec 24 résultats favorables pour la mère et 23 pour l'enfant.

L'enfant qui a succombé, extrait par la version, était en état d'asphyxie très prononcée. Il fut ranimé par les moyens appropriés, mais succomba 12 heures plus tard.

Les observations qui précèdent prouvent :

1° *Qu'un fœtus à terme et bien développé peut traverser grâce à la symphyséotomie un bassin vicié dont le conjugué vrai mesure au moins 65 millim., c'est-à-dire un bassin pour lequel les accoucheurs de tous pays conseillent et pratiquent l'embryotomie ou l'opération césarienne.*

2° *Qu'une femme dont le bassin est vicié peut subir impunément la symphyséotomie, pourvu que l'opération soit pratiquée antiseptiquement et dans les limites ci-dessus indiquées.*

Par cette première statistique constamment favorable, je crois avoir : 1° établi en faveur de la symphyséotomie une base sérieuse et positive de foi et de crédit ; 2° fait ressortir au point de vue historique l'importance de l'œuvre accomplie

par le professeur Morisani qui, seul pendant tant d'années, a prôné et pratiqué une opération abandonnée par tous les accoucheurs ; 3° préparé et fait sentir le besoin d'une discussion plus large de cette opération au profit de la pratique obstétricale.

Aujourd'hui, au point où en est la symphyséotomie, l'indifférence ou la négligence des accoucheurs ne sont plus justifiées ; elles deviennent coupables.

ÉTUDE SUR LES PRINCIPALES MÉTHODES DE PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Par le **Dr Oui**, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux. (1)

(Suite).

Procédé de Krause combiné avec l'emploi des sacs violons de Barnes.

Nous n'avons pu réunir que deux observations où les sacs violons de Barnes aient été employés pour aider à la dilatation de l'orifice utérin, après la provocation du travail par l'introduction d'une bougie.

Dans ces deux observations, que nous donnons résumées, il est noté que les sacs de Barnes introduits dans l'orifice utérin, sont tombés dans le vagin très rapidement, sans avoir été d'une utilité réelle. En effet, il est facile de constater que lorsqu'on gonfle un sac de Barnes, l'étranglement qui existe à la partie moyenne disparaît à mesure que la distension devient plus considérable, et que, lorsque cette distension est poussée au maximum, on n'a plus en réalité qu'un réservoir cylindrique, qui glisse aussitôt placé dans l'orifice utérin.

En réalité, les sacs-violons de Barnes n'ont donc qu'une efficacité très contestable. Si, de plus, on considère qu'ils ont

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, n° de décembre 1891, p. 401.

été employés dans les cas où la bougie de Krause ne suffisait pas pour faire marcher le travail assez rapidement, il n'y aura pas lieu de s'étonner des résultats plus que médiocres obtenus par l'association de ces deux méthodes.

Obs. VII. (Registres de la Clinique.) Résumée. — Jeanne S..., 22 ans. Secondipare. Entre à la Clinique le 2 juin 1889, enceinte de 7 mois.

Son premier accouchement, qui date du 24 juillet 1887, s'est effectué à la Clinique, et a dû être terminé par une basiotripsie, la tête n'ayant pu dépasser la partie supérieure de l'excavation.

Cyphose dorsale, bassin asymétrique, la crête iliaque droite est environ de 3 centim. plus élevée que celle du côté gauche, le trochanter gauche est plus saillant que le droit. L'angle sacro-vertébral n'est pas accessible. Saillie extrêmement marquée des épines sciatiques. L'épine sciatique droite s'avance presque sur la ligne médiane de l'excavation. Diamètre bi-ischiatique 5 centim. 1/2. En résumé, bassin asymétrique formant un entonnoir à rétrécissement très rapide.

Le 2 juin à 9 heures du matin, introduction d'une bougie n° 16 dans l'utérus. Présentation du siège. Version par manœuvres externes pour ramener le fœtus en présentation du sommet.

Le travail marche très lentement malgré l'introduction des ballons de Barnes et les irrigations chaudes sur le col. Entre temps, la présentation du siège se reproduit.

Dilatation complète le 6 juin au soir seulement et extraction très pénible du fœtus. Le dégagement de la tête dernière offre les plus grandes difficultés. L'enfant naît à 10 heures du soir, ayant encore quelques légers frémissements cardiaques. Il ne peut être ranimé.

Poids, 1,850 gr. Diamètre, B.P. 7,5.

Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

Durée totale du travail, 109 heures.

Obs. VIII. (Registres de la Clinique.) Résumée. — Marguerite B.., 20 ans, ménagère. Entre à la Clinique enceinte de 8 mois. Cette femme a déjà eu, il y a deux ans, une grossesse terminée à 8 mois. Le travail ayant été très long et terminé par une application de forceps au détroit supérieur, on conseilla à cette femme de ne pas laisser arriver à terme une nouvelle grossesse.

A son entrée, on diagnostique une grossesse de 8 mois, enfant vivant, se présentant par le sommet en O.I.D.T. Tête élevée. Lésions rachitiques multiples. Incurvation très prononcée des fémurs et des tibias. Diamètre P.P.M. 8 cent. 1/2.

Le 22 mai à 5 heures du soir, introduction d'une sonde n° 18. Quelques douleurs lombaires, pas de contractions utérines.

Le 23 mai à 8 heures du matin, introduction d'une seconde sonde. Quelques contractions utérines. La dilatation marche avec une très grande lenteur, malgré l'emploi des sacs violons de Barnes, et le travail ne se termine que le 24 mai à cinq heures 1/2 du soir.

L'enfant, du sexe masculin, pesant 2,600 grammes, naît en état de mort apparente. Il est ranimé après un quart d'heure de soins. Son diamètre B.P. mesure 8 cent. 5. Durée totale du travail : 48 heures.

Délivrance normale. Suites de couches absolument apyrétiques.

Nos deux observations peuvent se résumer ainsi :

Durée du travail.

Dans le 1er cas, 109 heures ;

Dans le 2e cas, 48 heures.

La moyenne de la durée de l'accouchement serait donc de 78 heures 1/2.

Dans les deux observations, la santé des mères est restée excellente pendant les suites de couches.

Quant aux enfants, l'un s'est présenté par le sommet, l'autre par le siège.

Celui qui se présentait par le siège a succombé pendant l'extraction de la tête.

Emploi du ballon excitateur du professeur Tarnier.

La méthode du professeur Tarnier consiste essentiellement à introduire dans la cavité utérine, à l'aide d'un conducteur métallique, un tube en caoutchouc d'un diamètre peu considérable, dont l'extrémité est gonflée ensuite à l'aide d'une solution antiseptique, et prend alors le volume et à peu près la forme d'une petite orange.

Le ballon ainsi formé, vient reposer sur l'orifice interne du

col, excite les contractions utérines, qui l'expulsent peu à peu dans le vagin. Pour retarder cette expulsion, et par conséquent pour prolonger l'action excitatrice du ballon, il est bon de placer dans le vagin, en contact avec le col de l'utérus un tampon iodoformé, qui a en outre l'avantage d'exciter également les contractions utérines.

Les reproches adressés à cette méthode n'ont qu'une très légère importance. Les ballons que nous avons employés ne se sont jamais rupturés. L'antisepsie instrumentale est facile à réaliser. Les complications telles que rupture des membranes, décollement placentaire sont extrêmement rares; les contractions utérines se produisent en général assez rapidement.

Le seul argument sérieux à invoquer, est que, souvent, après l'expulsion du ballon, le travail s'arrête, ou que les contractions utérines deviennent insuffisantes. Nous verrons plus loin que, dans ce cas, le ballon de Champetier peut être de la plus grande utilité.

Obs. IX. (Service du Dr Lefour.) Résumée. — Marie P..., primipare. Bassin plat rachitique canaliculé. Diamètre P.P.M. 8 1/2.

Grossesse de 8 mois 1/2. Sommet O.I.G.A.

Introduction du ballon de Tarnier le 30 juillet 1891 à 11 heures du matin. Les contractions utérines débutent presque aussitôt. Effacement complet du col dans la nuit du 30 au 31 juillet.

Le 31 à 11 heures du matin, dilatation de deux francs. On retire le ballon, pour en introduire un second. Cette manœuvre provoque la rupture des membranes.

A onze heures du soir, dilatation complète, la tête repose sur le plancher périnéal.

La rotation faisant défaut, application du forceps Tarnier le 1er août à une heure du matin.

Incision du périnée, suivie de suture.

Enfant du sexe masculin, vivant, pesant 2,800 gr.

Diamètre B.P. 8 centim. 5.

Délivrance normale, suites de couches apyrétiques.

Durée du travail, 38 heures.

Obs. X. (Service du D[r] Lefour.) Résumée. — Louise M..., primipare. Bassin plat rachitique, rétrécissement annulaire. Diamètre P.P.M. 9 centim.

Grossesse de 8 mois 1/2. Sommet O.I.G.A.

Introduction du ballon de Tarnier le 11 août à 11 heures du matin. Les contractions utérines s'éveillent immédiatement. A huit heures du soir, dilatation presque palmaire; à 9 heures, dilatation complète, rupture des membranes, et expulsion très rapide d'un enfant vivant du sexe masculin, pesant 2,700 gr. et dont le diamètre P.B. mesure 8 centim. 1/2.

Délivrance naturelle, complète. Suites de couches apyrétiques. Durée du travail, 10 heures.

Obs. XI. (Personnelle. Recueillie à la Clinique et résumée.) — Augustine S..., 31 ans. Entrée à la Clinique le 12 septembre 1891.

Trois grossesses antérieures; 1re grossesse terminée par un accouchement à terme, facile. Enfant petit; 2e grossesse, accouchement à terme; 60 heures de travail, extraction par le forceps d'un enfant volumineux; 3e grossesse : accouchement naturel à terme. L'enfant est plus petit que le premier.

La femme étant nourrice au moment où elle est devenue enceinte, on ne peut se baser pour apprécier le début de sa grossesse sur la disparition des règles. Elle croit être enceinte des premiers jours de janvier, et le volume de l'utérus semble répondre à une grossesse de 8 mois.

Présentation de l'épaule droite en A.I.G. La tête est très rapprochée du détroit supérieur. Le diamètre promonto-pubien minimum est évalué après mensuration digitale à 8 centimètres. En résumé, bassin plat rachitique; le rétrécissement est annulaire. Le 25 septembre, après les précautions antiseptiques préliminaires d'usage, on provoque l'accouchement.

Le col, très ramolli, admet la pulpe du doigt; mais nous ne pouvons pas arriver à introduire le ballon de Champetier de Ribes. Nous nous décidons alors pour le ballon excitateur de Tarnier, qui est introduit facilement et gonflé avec 60 grammes d'eau phéniquée. Tampon iodoformé dans le vagin. Il est à ce moment 10 heures du matin.

Jusqu'à cinq heures, pas de contractions utérines, le col ne s'est ni effacé ni ouvert.

A ce moment, les contractions utérines se rapprochent. Elles sont d'emblée très vigoureuses et très fréquentes.

A 10 heures du soir, le col n'est pas encore complètement effacé ; mais il est assez largement ouvert.

A 2 heures du matin, le 26 septembre, on constate l'effacement complet et une dilatation de 4 centimètres environ. Le ballon est expulsé dans le vagin. Les contractions utérines, très fréquentes, empêchent de pratiquer le palper. Au toucher, on trouve une poche des eaux extrêmement saillante, très tendue, et on ne peut atteindre aucune présentation.

A 4 heures 1/2 rupture spontanée des membranes, la dilatation étant palmaire. On constate alors l'engagement progressif d'un siègle complet en S.I.G.A. A 5 heures 1/2, dilatation complète et expulsion du siège. La tête est retenue au détroit supérieur, et la sage-femme de service n'arrive qu'avec peine à l'extraire par la manœuvre de Champetier de Ribes.

L'enfant naît asphyxié : mais il est ranimé assez facilement. C'est une fille pesant 3 kilogrammes. Le diamètre B.P. mesure 9 centim. 2. La tête est peu ossifiée : les sutures et les fontanelles sont très larges.

Délivrance naturelle rapide. Suites de couches apyrétiques.

Durée totale du travail, 20 heures.

Le travail dans les trois observations que l'on vient de lire, a été rapide, du moins en général, puisque la durée totale de l'accouchement a été en moyenne de 29 heures et quelques minutes.

Les mères n'ont eu à souffrir d'aucune complication, et leurs suites de couches ont été absolument normales.

Quant aux enfants, deux se sont présentés par le sommet, et un par le siège.

Tous les trois sont nés vivants et ont vécu ; l'un d'eux a dû être extrait par le forceps.

Emploi successif de procédés de Krause et de Tarnier, et du ballon de Champetier.

Dans le seul cas que nous possédions, où il nous a été

impossible de faire pénétrer d'emblée le ballon Tarnier, nous voyons le travail durer 35 heures.

C'est seulement au bout de 8 heures que les contractions utérines provoquées par la bougie, ont eu suffisamment entr'ouvert le col pour permettre d'introduire le ballon du professeur Tarnier. Celui-ci, après être resté 13 heures en place, n'avait pas encore amené l'effacement complet du col; mais avait produit cependant une déhiscence suffisante pour que nous puissions mettre en place le ballon Champetier. Malgré une faute que nous avons commise, et qui a retardé son action, ce ballon a permis de terminer l'accouchement en 14 heures.

Il a, en revanche, produit une mutation de présentation. Le sommet a fait place au siège, dans l'aire du détroit supérieur.

L'enfant est né vivant et a vécu; mais il a fallu une application de forceps dans l'excavation pour terminer l'accouchement.

Les suites de couches ont été normales.

Obs. XII. (Personnelle. Recueillie à la Clinique). — Jeanne L..., 33 ans, bergère, primipare, entrée à la Clinique le 14 juin 1891.

Cette femme, absolument inintelligente, répond fort mal aux questions qui lui sont posées. Aussi est-il impossible d'obtenir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires et personnels.

La menstruation s'est établie chez elle à 17 ans, et cette fonction s'est toujours régulièrement accomplie. Elle affirme être devenue enceinte vers le 1er novembre 1890. Elle serait donc enceinte d'environ 7 mois 1/2.

Examinée au moment de son entrée, cette femme nous paraît en bonne santé. Elle est de petite taille (1 m. 34); mais paraît extérieurement bien conformée. La colonne vertébrale est droite. Seuls, les tibias sont légèrement incurvés. Le bassin examiné semble généralement rétréci; tous ses diamètres sont diminués de longueur ainsi que le montrent les mensurations externes que nous pratiquons.

Nous nous bornerons à retenir les dimensions suivantes, qui nous paraissent être les plus importantes.

Diamètres : Promonto-pubien minimum....... 7 cent.
Coccy-pubien.................... 7 cent. 2
Bi-ischiatique.................... 7 cent. 5

Présentation du siège non engagé et très mobile, en position S.I.D.P. Maximum des bruits du cœur à droite et en arrière, sur la ligne de l'ombilic.

Du 14 au 18 juin, lavages du vagin avec une solution de sublimé au 1/2000, et tamponnements iodoformés.

Le 18 juin, à 9 heures du matin, on transforme, à l'aide de la version par manœuvres externes, la présentation du siège, en présentation du sommet O.I.G.T. Application d'une ceinture pour maintenir la présentation.

L'orifice du col étant très peu perméable, on renonce à placer du premier coup, un ballon excitateur de Tarnier. Une bougie en gomme préalablement désinfectée avec le plus grand soin est introduite, à 9 heures du matin, mais avec une certaine difficulté dans la cavité utérine. Son extrémité est ensuite arrêtée dans le vagin, avec un tampon iodoformé. La femme ne souffre presque pas dans la journée. Elle a seulement quelques légères coliques. Cependant, un début de travail s'est produit. Le col s'est légèrement effacé ; il est perméable dans toute son étendue, et le doigt arrive facilement jusque sur les membranes. On introduit à 5 heures de l'après-midi un ballon de Tarnier qui est gonflé avec 60 gr. d'eau phéniquée, et qui vient alors reposer sur l'orifice interne. Les contractions utérines deviennent un peu plus fréquentes mais restent faibles.

Le lendemain, à 8 heures du matin, le ballon de Tarnier est expulsé dans le vagin. Le col n'est pas encore complètement effacé. L'introduction de la bougie de Krause et du ballon Tarnier a nécessité l'emploi du chloroforme qui a seul permis de maintenir cette femme dans l'immobilité indispensable.

Cette femme, très indocile, a profité d'un défaut de surveillance pour défaire sa ceinture, et se lever. Aussi constatons-nous que la présentation du siège s'est reproduite. Mais cette fois, il nous est impossible de faire la version par manœuvres externes.

Nous introduisons alors facilement, la femme ayant été au préalable anesthésiée, un ballon de Champetier de Ribes, et nous le

gonflons avec 450 grammes d'eau phéniquée. Son collet se trouve alors bien en rapport avec la partie la plus interne du col. Cependant, les douleurs restent vagues, peu fréquentes, et le soir, à cinq heures, le travail n'a pas sensiblement avancé. Nous pensons alors que le fond du ballon, qui dépasse le détroit supérieur, est retenu au niveau de ce détroit, ce qui empêche la partie rétrécie de venir peser sur le segment inférieur. Nous enlevons environ 80 grammes de liquide. Presque immédiatement, les douleurs deviennent beaucoup plus fortes et plus rapprochées.

A 9 heures, le ballon est expulsé. La dilatation est presque complète. La présentation n'est pas engagée, et le doigt ne peut l'atteindre. Le palper ne peut nous éclairer. Les contractions utérines le rendent impossible. Pensant toujours avoir affaire à une présentation du siège, nous rompons les membranes avec l'intention d'abaisser un membre inférieur dans le vagin; mais, aussitôt après la rupture des membranes, la présentation s'abaisse, et vient s'appliquer sur le détroit supérieur. Nous constatons alors un sommet en O.I.G.T. La tête s'engage peu à peu, et à 10 h. 1/2, elle se trouve en rapport avec le détroit inférieur, en O.I.G.A. Mais à partir de ce moment, elle ne progresse plus, et peu à peu, nous entendons faiblir les bruits du cœur fœtal.

A onze heures du soir, M. le professeur Moussous décide une application de forceps, pour laquelle il se sert du petit instrument de Pajot. L'application est très pénible. L'étroitesse du détroit inférieur ne permet de placer que deux doigts à côté de la tête, pour guider les branches du forceps. Aussi, n'est-ce qu'après plusieurs tentatives, que l'articulation arrive à se faire normalement. La rotation se fait facilement; mais il faut des tractions extrêmement vigoureuses pour amener et dégager la tête à la vulve. Rien de spécial dans le dégagement du tronc. L'enfant, du sexe masculin, naît un peu étonné mais est facilement ranimé. Il pèse 1,500 gr.

Diamètres de la tête :

O.M..	10 cent.	S.O.B.	8 cent.
O.F..	9	B.P...	7.5
Max..	10.5	B.T..	6.5

La tête a été très comprimée, car, 24 heures après l'accouchement, l'occipital est encore enfoncé sous les pariétaux. La délivrance s'effectue normalement. Les suites de couches ont été excellentes, sans élévation de température.

Durée totale du travail, 35 heures. Durée du travail à partir de l'introduction du ballon de Champetier de Ribes, 14 heures.

Introduction successive du ballon Tarnier et du ballon Champetier.

Dans un certain nombre de cas, analogues à celui que nous venons de rapporter, le travail provoqué par le ballon Tarnier marche lentement ; les contractions sont peu vigoureuses, et la dilatation de l'orifice utérin reste à peu près stationnaire.

Dans ces cas, l'introduction dans l'utérus du ballon de Champetier peut donner et donne en général lieu à une suractivité des contractions utérines. De plus, la pression qu'il exerce sur tout le pourtour de l'orifice utérin vient encore aider puissamment à la dilatation, et ce procédé peut permettre de terminer rapidement un accouchement qui, autrement, aurait traîné en longueur au grand détriment de la mère et de l'enfant.

Nous connaissons les critiques qui ont été faites à ce procédé : Difficulté d'introduction dans l'utérus d'un corps aussi volumineux ; décollement possible du placenta ; rupture des membranes ; provocation de mutations dans les présentations.

Dans le cas qui nous occupe actuellement, on n'éprouva aucune difficulté à introduire le ballon Champetier, le col s'étant déjà ouvert suffisamment sous l'influence des premières contractions utérines.

Dans l'observation XIII, la femme fut anesthésiée ; mais ce fut là surtout une précaution, car nous n'avions fait aucune tentative d'introduction avant de donner le chloroforme. Dans l'observation XIV, la femme qui n'avait pas respiré de chloroforme, n'accusa absolument aucune douleur au moment de notre intervention.

Quant au décollement du placenta, il est possible ; mais, comme l'ont déjà fait remarquer MM. Pinard et Champetier

de Ribes, le ballon en se gonflant se transforme en un excellent tampon intra-utérin qui arrête l'hémorrhagie d'une façon certaine. Ce fait peut être constaté facilement dans l'observation XIV.

Pour notre part, nous n'avons pas eu à observer une seule fois la rupture des, membranes. Nos manœuvres auraient-elles d'ailleurs amené ce résultat que nous nous en serions fort peu occupé, car, en ce cas encore, le ballon en fermant l'orifice utérin, eût empêché sinon complètement, au moins très suffisamment, l'écoulement du liquide amniotique.

Quant aux mutations de présentations, elles se produisent en effet fréquemment, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en lisant nos observations. Mais si elles semblent imputables dans un certain nombre de cas au ballon Champetier, on ne saurait les lui attribuer toutes, car elles se produisent dans d'autres circonstances, notamment pendant l'accouchement physiologique.

C'est ainsi que dans l'observation XII, une mutation s'était déjà produite avant l'introduction du ballon Champetier, et si le fœtus a évolué de nouveau après la mise en place du ballon, celui-ci ne peut guère en être rendu absolument responsable.

Au contraire, dans l'observation XIV, la mutation qui s'est effectuée, substituant un siège à un sommet, semble devoir être attribuée au ballon Champetier.

On remarquera dans les deux observations XIII et XIV, que le ballon Champetier a permis, dans un cas, la terminaison en 5 h. 1/2, d'un travail qui, sous l'influence du ballon Tarnier, n'avait produit en 14 heures qu'un effacement incomplet du col, avec une dilatation d'environ deux francs. Dans le second cas, le résultat a été moins rapide, puisque l'expulsion du fœtus n'a eu lieu que 25 heures après l'introduction du ballon, mais nous ferons remarquer combien la dilatation de l'orifice utérin était rendue difficile par les tissus cicatriciels et fongueux, qui l'encombraient. Nous sommes convaincu que le travail eût été plus long encore, si nous l'avions

laissé marcher seul après l'expulsion du ballon Tarnier. Encore faut-il noter que par suite d'une rupture le ballon Champetier a été expulsé sans avoir produit la dilatation complète.

En résumé, réunissant ces deux cas, nous obtenons une moyenne de 30 heures pour la durée du travail.

Un enfant est mort; il se présèntait par le siège (observation XIV), après s'être primitivement présenté par le sommet.

Les suites de couches ont été excellentes.

Obs. XIII. (Personnelle. Recueillie à la Clinique.) — Marie C..., âgée de 30 ans, journalière, entre à la Clinique le 11 juin 1891.

Rien de notable dans les antécédents héréditaires. Elle a été atteinte de rougeole à 8 ans, de la variole à 28 ans.

Elle ignore comment elle a été nourrie, et à quel âge elle a marché. La menstruation s'est établie chez elle à l'âge de 15 ans. Depuis, elle a toujours été régulière.

Première grossesse en 1884. L'accouchement fut laborieux. Le travail dura trois jours, bien que la grossesse ne fût que de huit mois, et, de l'inertie utérine s'étant produite à la fin, la sage-femme administra à la parturiente de l'ergot de seigle, avant l'expulsion de l'enfant, qui naquit vivant.

Deuxième grossesse en 1889, terminée par un accouchement à terme le 14 mars. Travail extrêmement pénible, qui ne peut se terminer que par une crâniotomie pratiquée par le professeur Moussous.

Les dernières règles ont apparu le 27 septembre 1890. La grossesse remonterait donc à environ 7 mois et demi. Au début, vomissements fréquents, puis bronchite qui a beaucoup fatigué la malade. Pas d'autres troubles à signaler.

A son entrée, état général satisfaisant. L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La tête se trouve en rapport avec le détroit supérieur. Elle n'est pas engagée, et reste très mobile. Le front est à gauche, l'occiput à droite. Le siége occupe l'hypochondre gauche. Le maximum des bruits du cœur se trouve à droite, au niveau de l'ombilic.

Le toucher fait constater un col déhiscent, mais ayant toute

sa longueur. Les membranes sont intactes ; la présentation reste trop élevée pour pouvoir être atteinte. Le promontoire est facilement accessible. La mensuration digitale donne 8 centim. comme dimension du diamètre promonto-pubien minimum.

Le professeur Moussous décide de provoquer dans la journée même l'accouchement prématuré.

Le 11 juin, à six heures du soir, après de rigoureuses précautions antiseptiques, le professeur Moussous introduit dans l'utérus un ballon excitateur de Tarnier, dans lequel on injecte environ 50 grammes d'eau phéniquée. Le contact du ballon avec l'orifice interne, provoque rapidement des contractions utérines qui se produisent assez fréquemment jusqu'à onze heures du soir. A ce moment, le calme survient, et la femme s'endort.

Le lendemain, à huit heures, on trouve le ballon de Tarnier dans le vagin. Le col, bien qu'incomplètement effacé, a une dilatation d'environ deux francs. Cette dilatation étant suffisante, nous anesthésions la malade par le chloroforme, et introduisons dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes, dans lequel nous injectons environ 400 grammes d'eau. A partir de ce moment, les contractions utérines rénaissent plus vives et plus fréquentes, et le travail avance rapidement.

A une heure un quart, le ballon est expulsé spontanément. Le col complètement effacé offre une dilatation presque palmaire. Il est dilatable. La poche des eaux bombe fortemènt dans le vagin. Nous rompons immédiatement les membranes, et aussitôt, la tête vient pointer au détroit supérieur. En moins de vingt minutes, elle se dégage à la vulve. Son engagement et son expulsion ont été si rapides, qu'elle n'est pas déformée, et présente tout à fait la forme de la tête d'un enfant né en présentation du siège.

Enfant du sexe féminin.

Poids	2750 gr.
Longueur	48 centim.
Diamètres : B.P	8 cent. 2
B.T	7 cent. 3

Délivrance naturelle, rapide. Suites de couches absolument apyrétiques.

Durée du travail à partir de l'introduction du ballon de Champetier de Ribes, 5 heures 1/2.

Durée totale, 19 heures 1/2.

OBS. XIV. (Personnelle. Recueillie à la clinique.) — Marie C..., 30 ans, multipare, est entrée à la Clinique le 22 juin 1891.

Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. Elle a été nourrie au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 22 mois. Elle a commencé à marcher à 11 mois, et depuis lors, elle a toujours fort bien marché. A 5 ans, elle a eu la rougeole. A 8 ans, commencèrent des palpitations de cœur qui persistèrent jusqu'à 13 ans, époque où la menstruation s'établit. La menstruation a toujours été régulière, facile, abondante.

A 15 ans, elle se marie. Son premier accouchement a lieu 18 mois après son mariage, terminant une grossesse de 7 mois 1/2 ou 8 mois. Au bout de 24 heures, le travail se termine par l'expulsion spontanée d'un enfant vivant.

Les suites de couches sont normales.

La deuxième grossesse survient 7 ans après la première. L'accouchement a lieu à terme ; le travail dure 3 jours. Expulsion spontanée d'un enfant vivant, mais qui meurt 2 jours après. Suites de couches normales.

Deux ans après, troisième grossesse. Le travail dure encore trois jours, et se termine par une application de forceps. L'enfant était mort pendant le travail.

Deux ans s'écoulent encore, puis une quatrième grossesse se produit, et arrive à son terme. Une application de forceps ne suffit pas pour extraire l'enfant. Il faut en venir à la céphalotripsie.

Dès le lendemain de cette intervention, la femme s'aperçut que l'urine s'écoulait constamment par le vagin. Cet écoulement de l'urine demeura continu pendant 2 mois. Puis, il y eut une certaine amélioration, et la femme put retenir son urine un certain temps, sans qu'elle s'écoulât par le vagin.

C'est dans ces conditions qu'elle devint enceinte pour la cinquième fois, au mois de novembre 1890. Depuis ce moment, les urines recommencèrent à s'écouler plus fréquemment par le vagin, et l'écoulement devint bientôt permanent.

C'est alors que sur le conseil de son médecin, elle vint à la Clinique consulter M. le professeur agrégé Rivière, qui remplaçait alors le professeur Moussous. Nous étions au mois de mars. Le Dr Rivière après l'avoir examinée, et avoir constaté une fistule utéro vésico-vaginale, et un rétrécissement très marqué du bassin, lui donna le conseil de revenir au mois de juin, pour qu'on provoquât à ce moment l'accouchement prématuré.

Examen de la femme. Femme de petite taille, présentant un état de santé générale satisfaisant. Colonne vertébrale droite. Incurvation légère des tibias. L'utérus remonte à mi-distance entre l'ombilic et l'épigastre. Au palper, on constate très nettement une présentation du sommet en O.I.G.T. La tête, très élevée, est mobile au détroit supérieur. Le maximum des bruits du cœur fœtal s'entend à gauche, au niveau de l'ombilic. Par le toucher, on constate dans le cul-de-sac antérieur, une masse de tissus fongueux au milieu desquels on retrouve l'orifice de la fistule vésicale. Ces fongosités masquent presque complètement l'orifice du col, dont la lèvre antérieure a disparu. Seule, la lèvre postérieure a résisté. Elle a toute sa longueur et est très ramollie. On arrive facilement sur le promontoire. La mensuration digitale donne, déduction faite, 7 c. 7 pour dimension du diamètre promonto-pubien minimum.

Le 22 juin, à 5 heures de l'après-midi, la malade ayant reçu plusieurs injections vésicales antiseptiques, et un lavage complet du vagin ayant été fait avec une solution de sublimé au 1/2000, nous introduisons dans l'utérus un ballon excitateur de Tarnier, dans lequel nous injectons 50 grammes d'eau phéniquée. L'introduction du conducteur est assez difficile, car on se perd au milieu des tissus fougueux qui encombrent l'orifice utérin, et qui saignent très facilement. Le ballon une fois gonflé, vient reposer sur l'orifice interne, le seul d'ailleurs qui existe actuellement.

Le lendemain, à 9 heures du matin, nous trouvons le ballon de Tarnier presque entièrement sorti de l'orifice utérin. La lèvre postérieure du col a gardé presque toute sa longueur. La dilatation a atteint le diamètre d'une pièce de deux francs. Le ballon de Tarnier étant retiré, nous introduisons alors, sans difficultés, le ballon de Champetier de Ribes dans la cavité utérine. Bien que non anesthésiée, la malade ne manifeste pas de douleur. A ce moment, il se produit une hémorrhagie assez abondante, et il s'écoule au dehors environ 200 grammes de sang rouge vermeil. Cette hémorrhagie s'arrête aussitôt le ballon gonflé et la pince retirée. Dans la journée et dans la nuit, les contractions utérines sont faibles, et le travail n'avance que très lentement. Cependant, le 24 juin au matin, le ballon descend dans l'excavation, et l'orifice utérin atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs. A 9 heures 1/2, sous l'influence d'une traction exercée par la femme, le tube de

remplissage du ballon se rompt, et toute l'eau s'écoule au dehors. Une forte contraction l'expulse. A ce moment, les membranes sont rompues, et nous constatons au lieu de la présentation du sommet très nettement constatée au moment de la mise en place du ballon, une présentation du siège complet, en S.I.D.A. La dilatation se complète rapidement, et le siège descend dans l'excavation. A 10 heures 1/2, il se dégage à la vulve. Mais, aussitôt l'extrémité pelvienne expulsée, les contractions cessent presque complètement. Les pulsations du cordon diminuent rapidement de fréquence et de force, et l'enfant fait une inspiration. Nous procédons alors à des tractions, pendant qu'un aide presse fortement sur le front à travers la paroi abdominale. Les bras qui se sont elevés le long de la tête, sont assez facilement dégagés; mais le crâne est retenu au détroit supérieur. Grâce à l'emploi du procédé de Champetier de Ribes, la tête est extraite sans grosses difficultés. L'enfant, du sexe féminin, naît en état d'asphyxie. Il est ranimé assez vite par l'emploi du procédé de Schultze, les frictions d'alcool et les bains chauds.

Il pèse 1,750 grammes et est long de 46 centim.

Diamètres de la tête :

O.M	10,5	S.O.F	9,5
O.F	10	S.O.M	8,5
Maxim	10,5	B.P	8
S.O.B	8,5	B.T	6,5

Délivrance rapide, membranes complètes. La rupture des membranes s'est faite à 4 centim. du bord placentaire. Au niveau de ce bord, nous trouvons un gros caillot noir adhérent et un cotylédon légèrement déchiré.

L'enfant est mort 5 heures après l'accouchement. L'autopsie a été faite. Les poumons avaient parfaitement respiré. Nous n'avons trouvé comme lésions qu'une légère ecchymose sous-péricardique, des ecchymoses assez considérables sous la partie du cuir chevelu recouvrant le pariétal droit, qui était le pariétal antérieur. Enfin, il existait une vaste hémorrhagie des méninges, surtout au niveau de l'hémisphère cérébral droit. Durée totale du travail, 41 heures.

Durée du travail à partir de l'introduction du ballon de Champetier de Ribes, 25 heures.

Ballon Champetier employé seul.

Quand le col utérin est assez souple, quand le canal cervical est déhiscent, il est possible et même facile de faire pénétrer dans l'utérus le ballon Champetier.

Les deux observations (XV et XVI) que nous rapportons plus loin en font foi; cette introduction ne nécessite pas l'anesthésie.

Les contractions utérines ont, dans ces deux cas, apparu rapidement. Dans le premier, la dilatation était de plus de cinq francs 11 heures après la mise en place du ballon, et si l'accouchement ne s'est fait qu'après une durée totale de 33 heures de travail, cette prolongation est due à ce que nous n'avons pas rompu la poche des eaux aussitôt après l'expulsion du ballon. Dans le second cas, la dilatation et l'accouchement se sont effectués en 5 heures.

Nous devons cependant faire remarquer les syncopes qui se sont produites au début du travail, dans l'observation XV. Ces accidents nous semblent devoir être attribués à la distension trop rapide du ballon, et par conséquent du segment inférieur de l'utérus, sur lequel il vient reposer.

C'est là une nouvelle raison de suivre la ligne de conduite indiquée par MM. Champetier de Ribes et Pinard, et qui consiste à ne pas remplir complètement le ballon aussitôt qu'il a été mis en place. D'ailleurs, dans le cas où des accidents analogues à ceux que nous avons signalés viendraient à se produire, il suffirait, pour les faire cesser, de vider en partie le ballon.

Dans les deux observations que nous rapportons, la durée moyenne du travail a été de 19 heures.

Les deux enfants sont nés vivants, l'un par le sommet, l'autre par le siège.

Les suites de couches ont été excellentes.

Obs. XV. (Personnelle. Recueillie à la Clinique.) — Marie B..., âgée de 32 ans, entre à la clinique le 18 mai 1891.

Ses antécédents tant personnels qu'héréditaires ne présentent rien de particulier, si ce n'est que, allaitée par sa mère, elle a commencé à marcher avant d'avoir atteint l'âge de 10 mois. Ses premières règles ont apparu à l'âge de 15 ans, et depuis, sa menstruation a toujours été régulière.

A vingt-six ans, première grossesse, dont la marche ne présente rien de particulier, et qui se termine à terme par une application de forceps au détroit supérieur. L'enfant naît vivant, et meurt 18 mois après, d'une maladie que la mère ne peut pas nous indiquer.

A trente ans, seconde grossesse, terminée par un accouchement prématuré à 7 mois. L'enfant était mort et macéré.

Les dernières règles datent du 25 août 1890. Cette femme s'est très bien portée pendant sa 3e grossesse. L'examen que nous pratiquons le 10 mai, nous montre une femme bien portante, de petite taille (1 m. 41). Elle ne présente aucune déformation de la colonne vertébrale, mais nous constatons facilement une courbure rachitique assez prononcée des tibias. Les membres inférieurs et la vulve sont couverts de paquets variqueux considérables.

Au palper, nous trouvons une O.I.G.T. La tête non engagée, est très mobile au-dessus du détroit supérieur.

Les bruits du cœur sont forts et réguliers, leur maximum se trouve à gauche, au niveau de l'ombilic.

Au toucher, nous trouvons un col non effacé, mais très déhiscent, et permettant l'introduction assez facile de deux doigts. On arrive sur les membranes qui sont intactes, et on peut examiner la tête, bien qu'elle ne soit pas engagée. La fontanelle postérieure se trouve à gauche, la suture sagittale occupe le diamètre transverse. En examinant le bassin, on arrive très facilement sur le promontoire. Déduction faite, nous trouvons à la mensuration digitale, que le diamètre promonto-pubien minimum, mesure 8 cent. à 8 cent. 5.

Dans la journée du 18 mai, la femme prend un bain et de nombreuses injections au sublimé, et le 19 mai au matin, nous nous décidons à introduire le ballon de Champetier de Ribes, pour provoquer l'accouchement de cette malade, dont la grossesse est arrivée à 8 mois et demi. A 10 heures et demie, cette introduction est faite sans difficultés, et sans que la femme accuse trop de douleur. Le ballon une fois mis en place, repose sur le segment inférieur de l'utérus. Son collet occupe la longueur du canal cervical. Environ

un quart d'heure après son introduction la femme a une syncope assez longue ; elle revient à elle vers onze heures ; puis une seconde syncope plus courte que la première se produit à 11 heures 1/2 et enfin, une troisième plus faible encore arrive vers midi et demi. A ce moment, on enlève environ cent grammes de l'eau injectée dans le ballon. Les syncopes cessent alors pour ne plus reparaître. Dans l'après-midi, quelques contractions se produisent, faibles et espacées. A cinq heures, quelques douleurs plus fortes se produisent, et le ballon descend un peu dans l'excavation, en commençant à dilater le col. Puis, tout se calme jusqu'à 8 heures du soir. A ce moment, plusieurs contractions violentes arrivent coup sur coup. La femme crie et se plaint beaucoup. Occupé auprès d'une autre malade qui demandait des soins constants, nous ne nous préoccupons pas de ces cris, d'autant plus que la malade redevient calme presque immédiatement. A dix heures, nous pratiquons le toucher, et nous trouvons le ballon dans le vagin. Il est un peu flasque, et comme il se trouve tout auprès de la vulve, nous l'enlevons, pour pouvoir constater ce qui se passe derrière lui. A ce moment, nous trouvons le col reformé en partie. Sa dilatation est de cinq francs ; il est très souple, mais non complètement dilatable. La poche des eaux est intacte. Nous décidons de laisser le travail marcher seul. Toute la nuit, la dilatation reste à peu près stationnaire. Les contractions utérines sont rares, faibles, peu douloureuses. Le lendemain, à 3 heures de l'après midi, elles deviennent fortes et régulières. La dilatation progresse, mais sans que la tête s'engage. Enfin, à 8 heures, la dilatation est presque complète. Nous rompons alors la poche des eaux, et une heure après, le fœtus est expulsé sans incidents.

La délivrance se fait au bout d'un quart d'heure.

Hémorrhagie insignifiante. L'utérus se rétracte et se contracte énergiquement.

Enfant du sexe féminin. Poids, 2,250 gr. Vivant, longueur, 47 c.

Diamètres de la tête :

B.P..........	9 cent.	O.F..........	11 cent.
B.T..........	8	S.O.B........	9,4
O.M..........	12	S.O.F........	10,5

Durée du travail, 33 heures. Suites de couches apyrétiques. L'enfant est en bonne santé au moment de la sortie de la mère.

OBS. XVI. (Recueillie, résumée et communiquée par M. le Dr RIVIÈRE.) — Mme K..., 22 ans, a eu il y a dix-huit mois une première grossesse, normale, qui s'est terminée à terme, mais non sans difficultés sérieuses, ainsi qu'il résulte du récit qu'elle nous en fait.

L'enfant se présentant par le siège, les membranes s'étaient prématurément rompues, et les premières douleurs n'avaient débuté que trois jours après. La dilatation, elle-même, très lente à se faire avait duré cinq jours. Encore fallut-il, pour faire l'extraction de l'enfant, pratiquer des débridements qui auraient, paraît-il, porté sur le col utérin, et sûrement sur le périnée; ainsi qu'en témoignent les cicatrices qu'on retrouve actuellement sur cette région. L'enfant vint en état de mort apparente, et, ranimé avec peine, succomba deux heures après.

Mme K... est actuellement enceinte pour la seconde fois. Ses règles ayant duré du 2 au 5 janvier 1891, sa grossesse était arrivée au milieu du neuvième mois, lorsque le 29 septembre, le matin, dans son lit, elle perd spontanément du liquide amniotique, sans douleur.

Je suis appelé le soir, la patiente a continué à perdre de l'eau toute la journée, sans la moindre douleur. L'utérus a notablement diminué de volume. Il s'agit encore d'une présentation du siège complet non engagé. Le col est entier, souple et perméable; le doigt arrive directement sur un pied du fœtus.

Je tente, mais en vain, une version par manœuvres externes; l'utérus est trop rétracté, et le fœtus a perdu sa mobilité.

La nuit se passe sans douleur : de même, la journée et la nuit suivantes; le liquide amniotique s'écoule au dehors de temps en temps ; le fœtus dont le champ d'hématose se restreint de plus en plus, commence à souffrir.

Craignant à juste titre le renouvellement des accidents qui ont marqué le premier accouchement, je propose d'introduire dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes, afin de hâter l'accouchement.

Mon intervention étant acceptée, je fais pénétrer sans difficulté le 1er octobre à 9 heures du matin, le ballon Champetier (celui contenant 400 grammes de liquide). L'introduction est facile.

Dix minutes après, les contractions douloureuses commencent, se renouvelant de 3 en 3 minutes environ. A 11 h. 1/2, le ballon qui n'a pas été gonflé complètement (300 grammes d'eau seulement) est tout entier dans le vagin.

A midi, je le retire, et, sous chloroforme, je procède à l'examen. Le segment inférieur a perdu toute sa résistance ; la dilatation de l'orifice utérin est complète. Mais le fœtus, soulevé par le ballon, s'est transversalisé ou mieux diagonalisé, de sorte qu'une main se trouve au centre de l'orifice dilaté, tandis que le siège est remonté vers la fosse iliaque gauche. Il est aisé, du reste, de le ramener dans l'axe de l'excavation. L'extraction est faite lentement; le passage de la tête est assez pénible. Néanmoins, le fœtus vient vivant, très légèrement asphyxié. Il est actuellement en parfait état.

Suites de couches absolument normales.

Durée du travail, 5 heures.

Si nous totalisons les résultats que nous avons énumérés dans ce travail, en réunissant toutefois, les résultats des observations où le procédé de Krause a été employé seul et des cas où on a eu recours comme adjuvant, aux sacs de Barnes, si nous confondons en même temps le cas unique où nous avons eu successivement à nous servir de la sonde, du ballon Tarnier, et du ballon Champetier, avec les 3 cas où nous avons eu recours aux seuls ballons, nous obtenons les résultats suivants :

Durée moyenne du travail :

Procédé de Krause............	50	heures 1/2
Ballon de Tarnier.............	29	—
Ballons Tarnier et Champetier.	32	—
Ballon Champetier............	19	—

On le voit facilement, le procédé de Krause est absolument distancé. Quant au procédé de Champetier, il agit évidemment d'une façon très efficace, puisqu'il a amené l'accouchement avec une avance moyenne de 10 heures sur le ballon Tarnier.

Nous avons totalisé et pris la moyenne des résultats consignés dans les tableaux du professeur Pinard, et voici les moyennes que nous a données notre calcul.

Ballon Tarnier..................	47	heures.
Ballons Tarnier et Champetier...	28	—
Ballon Champetier..............	13	—

Il y a discordance entre ces deux tableaux, mais cette discordance est plus apparente que réelle.

En effet, il suffit de lire nos observations pour se rendre compte que les accouchements où nous avons employé le ballon Champetier après celui du professeur Tarnier, sont justement ceux où la dilatation marchait lentement, soit sous l'influence de la faiblesse des contractions utérines, soit à cause de lésions diminuant la souplesse de l'orifice utérin. Il en est résulté que la durée moyenne du travail provoqué seulement par le ballon Tarnier, est moindre que celle des accouchements où les deux ballons Tarnier et Champetier ont été employés. En réalité, les résultats plus rapides sont dus surtout à ce que les cas étaient plus favorables, et c'est pour cela que la moyenne obtenue dans les observations où M. le professeur Pinard s'est servi systématiquement du ballon Champetier après le ballon Tarnier donne l'avantage réel à l'emploi successif des deux appareils.

Nous ne nous étendrons pas sur les résultats donnés par les différents procédés pour les mères. Une seule est morte, et elle a succombé à une lésion organique du cœur. Quant à l'infection, elle n'a été constatée qu'une fois, et encore avait-elle pour point de départ du sphacèle de la vulve. Elle fut d'ailleurs fort légère.

Si, maintenant, nous nous occupons des enfants, nous notons les résultats suivants :

État des enfants :

Procédé de Krause..	Vivants	5	Morts.	3.	37 0/0.
Ballon Tarnier......	—	3	—	0	
Ballons Tarnier et Champetier........	—	2	—	1	33 0/0.
Ballon Champetier...	—	2	—	0	

Nous donnons dans ce tableau les résultats bruts ; car l'une des morts portées en face du procédé de Krause ne saurait lui être imputée, l'enfant ayant succombé surtout sous l'influence de l'état grave de la mère.

Nous nous contenterons de noter, pour ce qui se rapporte aux enfants, les résultats relatifs des différentes présentations, et des interventions qui ont été nécessaires.

Il y a eu :

12 présentations du sommet	2	morts.	16,5 0/0
4 présentations du siège..........	2	—	50 0/0

Donc mortalité beaucoup plus considérable pour les enfants nés en présentation du siège. Nous devons faire remarquer que nous avons porté comme mort dans un cas de présentation du siège, un enfant qui, en réalité, est né vivant ; mais qui a succombé du fait même de l'accouchement, ainsi que l'autopsie l'a démontré.

Il a été fait 5 applications de forceps qui ont donné 5 enfants vivants.

Une version podalique a amené un enfant mort ; mais il suffit de lire l'observation (observ. II), pour voir que l'opération ne saurait être incriminée.

Conclusions.

Il nous reste en terminant ce travail, à résumer les conclusions qui découlent des faits que nous avons exposés.

1° La sonde de Krause doit être absolument rejetée, hors les cas de nécessité absolue. Le travail qu'elle détermine marche trop lentement, et les enfants succombent en proportion plus grande qu'avec les autres procédés.

2° Dans le cas où il est indiqué de provoquer l'accouchement chez une primipare, ou chez une multipare à col peu perméable, on doit avoir recours d'abord au ballon du professeur Tarnier, suivi, aussitôt que le canal cervical sera suffisamment ouvert, par le ballon Champetier.

3° Dans le cas où la perméabilité du col est suffisante, il est indiqué de placer immédiatement le ballon Champetier.

4° Cette indication est d'autant plus nette que le besoin de mener rapidement le travail est plus prononcé.

Il en est ainsi, notamment dans les cas de rupture préma-

turée des membranes, où le ballon Champetier introduit dans la cavité de l'œuf, suffira pour provoquer le travail (observation XVI), alors que le ballon Tarnier serait insuffisant.

5° La rupture des membranes peut être facilement évitée, quand on emploie le ballon Champetier. Quant au décollement du placenta, il se produit quelquefois; mais dans ce cas, il suffit de gonfler le ballon, pour arrêter complètement l'hémorrhagie.

6° Le ballon ne doit pas être rempli complètement dès le début. Dans ce cas, on le voit se développer au-dessus du détroit supérieur; il n'excite pas suffisamment la contraction utérine, et favorise les mutations de présentations.

7° Ces mutations semblent se produire assez fréquemment avec le ballon Champetier; bien qu'elles ne puissent pas toutes lui être imputées. Cependant, vu leur fréquence, il est utile de surveiller le fœtus de très près, pour pouvoir corriger rapidement les présentations vicieuses qui pourraient se produire.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1891.

Hystérectomie pour cancer.

M. SEGOND accepte en principe l'hystérectomie totale et les arguments développés contre elle en 1888 ne l'ont pas touché. Oui, c'est une opération grave, mais elle s'adresse à des condamnées à mort. M. Segond, depuis 1888, a 33 opérations, dont 25 pour cancer du col et 8 pour cancer du corps, avec 26 guérisons et 7 décès, tous pour des cancers du col. En 1888, sur 4 opérations il a 2 décès, tous deux de sa faute, 1 par septicémie, 1 pour avoir abaissé en même temps que l'utérus et pris dans une pince une anse intes-

tinale. Les 5 autres morts, qui concernent en partie des cancers peut-être trop avancés, sont dues à des péritonites (3, dont 2 tardives), à une hémorrhagie secondaire (la pince placée sur du tissu cancéreux ayant mal tenu), au choc (1). Quant aux 26 guérisons, abstraction faite des 8 opérations pratiquées depuis août 1891, les résultats sont : 7 récidives dont 4 morts en 1 an environ et 3 encore vivants (8 mois, 7 mois, 6 mois), et il est à noter que ces femmes après l'opération ne perdent plus et souffrent beaucoup moins ; 8 guérisons maintenues depuis : une, 9 mois, les autres depuis 8 à 9 mois. Il est à noter, d'ailleurs, que les succès définitifs de l'amputation partielle eussent *a fortiori* été obtenus par la totale et M. Segond pense, avec Pozzi, avec Bouilly, que plus un cancer est petit, plus il est indiqué d'enlever l'utérus entier.

M. Verneuil a revu récemment une dame qu'il a opérée en 1869 d'un épithélioma par l'amputation du col. Il persiste à penser qu'après l'amputation partielle, la moyenne de survie est plus longue.

M. Schwartz n'a fait que trois hystérectomies vaginales pour cancer. Une fois la récidive est survenue au bout de 6 mois. Chez les deux autres malades sont survenues des complications opératoires : une fois, une incontinence d'urine persistante ; une fois, une fistule vésico-vaginale, la vessie ayant été intéressée par une pince. M. Schwartz, considérant que la récidive a lieu au moins 7 fois sur 10, est donc décidé à ne plus opérer que les cas tout à fait simples.

Il a d'autre part fait une amputation du col dont le résultat se maintient depuis 1885 ; deux supra-vaginales ayant donné 18 et 15 mois de survie.

M. Terrier a retrouvé une des deux malades qu'il avait perdues de vue : elle vit, depuis 2 ans et 7 mois, sans ombre de récidive.

Séance du 2 décembre 1891.

Hystérectomie pour cancer utérin.

M. Bouilly avait en 1888, 30 opérations dont 29 pour cancer, avec 7 morts. Depuis, il a fait 21 hystérectomies vaginales qui se répartissent en : 1889, 5 cas, 3 morts ; 1890, 11 cas, 5 morts ; 1891, 5 cas, 1 mort. Malgré l'habileté plus grande de l'opérateur, la léthalité de cette deuxième série dépasse donc celle de la première. Les

3 morts de 1889 sont dues : 2 à la septicité ; 1 au choc, chez une femme opérée à l'état d'épuisement. En 1890, il y a 2 décès directement imputables à l'opération : une péritonite septique due à une plaie de la vessie, une hémorrhagie retardée par défaut d'application d'une pince ; 1 décès par urémie quoique l'uretère ait été parfaitement respecté ; 1 décès par choc chez une femme épuisée à l'avance, 1 péritonite septique enfin dans un cas de cancer du corps où l'utérus était très volumineux, où l'opération fut très laborieuse et où le péritoine fut infecté malgré la précaution qu'avait eue M. Bouilly de suturer d'abord les lèvres du col utérin.

La gravité opératoire est donc réelle, mais si l'on se place au point de vue de la survie sans récidive, le bénéfice est quelquefois considérable ; depuis 1886, M. Bouilly a 3 opérées qui vivent sans récidive depuis 3 à 4 ans, et 3 depuis 15 et 17 mois ; d'autres ont des récidives tardives : telle une femme de 38 ans (et à cet âge le cancer utérin va vite) qui a eu 4 ans et 4 mois de survie ; une femme opérée en 1880 a vécu 2 ans 1/2 en parfait état et depuis 10 mois est en récidive ; une autre est en récidive depuis 1 an après 2 ans et 5 mois de santé. Certes les récidives rapides sont fréquentes et M. Bouilly en compte 8 après 9 mois et moins.

Au total, sur 50 cas, M. Bouilly a 16 morts et 36 guérisons opératoires, avec 6 guérisons maintenues de 15 mois à 4 ans et 4 mois ; 6 survies prolongées avec récidive tardive de 2 à 4 ans ; 18 récidives dans le cours de la première année et mort de 1 an à 18 mois après l'opération. Ce n'est donc pas brillant. Mais est-ce bien inférieur à ce que nous donne l'ablation du cancer de la langue. L'hystérectomie partielle n'a pour elle que sa bénignité plus grande, mais ses résultats thérapeutiques sont déplorables : sur 15 cas (dont 2 pour de tout petits cancers) M. Bouilly a eu 15 récidives rapides. D'autre part pour les petits cancers limités, l'hystérectomie totale est bénigne. M. Bouilly préconise donc l'abstention quand on n'est pas sûr de tout enlever ; l'hystérectomie totale pour les cancers petits et limités.

M. Richelot. — M. Verneuil a dit qu'à son sens la cause n'est pas encore entendue, et il nous a priés de faire des hystérectomies partielles pour comparer avec la totale ; je lui rappellerai que ce fut précisément ma conduite. En 1889, j'ai voulu étudier la question sur de nouvelles bases et j'ai fait des amputations partielles : les résultats thérapeutiques ont été déplorables — comme ceux de

M. Bouilly, — et j'y ai renoncé. Quant à la gravité, ma dernière série est très bonne, et je me sépare à cet égard de MM. Terrier, Segond, Bouilly. Certes, nous serons toujours obligés d'opérer parfois sur de mauvais terrains, et ces cas viennent grever les statistiques, mais pour un cancer petit, sur un utérus mobile, l'hystérectomie vaginale n'est pas grave. On a objecté à l'ablation totale que les récidives ont lieu dans les ligaments larges et non dans le moignon. C'est vrai souvent, mais non toujours. Enfin, et surtout, M. Verneuil insiste sur la statistique brutale des mois de survie moyenne. Cela ne me paraît pas sérieux. Dès que la récidive survient, la partie est perdue ; ce qu'il faut donc, c'est examiner la durée des survies sans récidive. Or, à cet égard, j'ai cité des guérisons assez nombreuses maintenues actuellement depuis 2 à 5 ans ; je rappellerai les cas semblables de MM. Terrier et Bouilly. Ces faits sont à nos yeux de grande importance. M. Verneuil semble avoir eu par l'amputation partielle une bonne série : nous en avons eu de mauvaises. Quant à la survie de 22 ans, dont parle M. Verneuil, je me permettrai quelques doutes ; en 1869 ou 1870, on diagnostiquait volontiers cancer tous les gros cols déchirés de la métrite fongueuse, et l'histologie n'avait pas dit son dernier mot sur la question. Et, d'ailleurs, si c'était bien réellement un cancer, cela prouve simplement que la cure radicale du cancer est possible et on ne saurait reprocher à l'hystérectomie totale d'être encore trop jeune pour pouvoir présenter à son actif un résultat semblable.

Hystérectomie pour cancer.

M. Richelot résume d'abord la discussion, prématurée à son sens, où M. Verneuil, en 1888, a pu croire avoir porté le coup fatal à l'hystérectomie totale. A cette époque, il est certain que cette opération, encore mal réglée, avait une haute mortalité, et M. Richelot sur 24 cas avait 9 décès ; mais il s'était compromis sur des cas auxquels aujourd'hui il ne touche plus volontiers ; certaines morts étaient imputables à des fautes opératoires manifestes. Et cependant les résultats ne sont pas nuls car des 15 malades restantes de cette première série, 3 sont sans récidive aujourd'hui depuis 5 ans, 4 ans et 11 mois, 4 ans et 5 mois. Pour reprendre la question sur de nouvelles bases, M. Richelot a d'abord enlevé par l'amputation sus-vaginale deux cancers qui lui semblaient tout à fait limités : les deux fois il y a eu repullulation immédiate du

mal; et il ne faut pas oublier que dans 8 cas de M. Verneuil la section passait dans la tumeur. Aussi bien dans deux cas datant de janvier 1890 M. Richelot a fait l'hystérectomie totale, quoique le mal parût bien être au col, et il a constaté qu'il remontait dans le corps. Ces deux femmes sont aujourd'hui vivantes sans récidive. Aujourd'hui que l'hystérectomie totale est devenue bénigne, nous n'avons donc plus le droit de tenter l'ablation partielle et cette bénignité est prouvée par la nouvelle série de M. Richelot : 22 cas avec 1 seul décès, par intoxication iodoformée probablement. Il y a bien eu un décès tardif, après une opération faite pour restaurer une fistule vésico-vaginale : il est probable qu'une aiguille a perforé le péritoine. Ces fistules, rares d'ailleurs, si en opérant on rase bien l'utérus, ne doivent être opérées que fort tard; une autre fois M. Richelot a voulu en opérer une rapidement et il a embroché l'intestin, d'où une fistulette fécale, heureusement vite guérie.

La question de bénignité jugée, voyons celles de récidives, c'est-à-dire le laps de temps écoulé *avant le début de la récidive*, car il est mieux de calculer la survie comme M. Verneuil en additionnant aux mois de santé parfaite ceux pendant lesquels a évolué la récidive. Or, M. Richelot compte 4 récidives, dans 4 cas où le ligament large était déjà envahi; 5 opérations trop récentes pour entrer en compte; 11 cas sans récidive opérés du 2 janvier 1890 au 31 avril 1891, et il est à remarquer que deux fois il y avait du cancer dans le corps et dans le col, une fois dans le corps seul; que 4 fois la tumeur allait tout près des culs-de-sac du vagin.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 10 *décembre* 1891.

Suite de la discussion sur **l'accommodation en obstétrique** (1).

GENDRON. **Hystérectomie vaginale.** — L'auteur présente un utérus avec la trompe et l'ovaire du côté droit.

Cette pièce pathologique a été enlevée par hystérectomie vaginale sur une femme de 30 ans, dont la santé était fortement compromise par des accidents (douleurs abdominales, hémorrhagies abondantes

(1) Cette discussion sera résumée quand elle sera épuisée.

et réitérées, anémie profonde) datant d'environ 20 mois. L'utérus augmenté dans toutes ses dimensions (cavité utérine, 9 cent. 1/2), contient dans sa paroi postéro-latérale droite, un fibro-myôme de la grosseur d'une noix, fixé dans sa loge par un large pédicule. Avant d'être opérée, la femme s'était soumise, à deux reprises différentes, au traitement électrique qui, la première fois, paraît avoir amené une atténuation, mais seulement transitoire, des accidents. La femme commença à se lever 15 jours après l'opération.

Bar présente un nouveau-né âgé de 8 jours. Sur le cuir chevelu, on constate un certain nombre de plaques nummulaires de 8 à 10 millimètres de diamètre, au niveau desquelles les cheveux semblent manquer, et qui, par la minceur et la coloration rosée de la peau, tranchent vivement sur les régions environnantes.

Cet enfant est, en outre, atteint d'un double pied bot talus; de plus, ses mains ont une forme singulière, elles sont petites, peu épaisses et très effilées. A cause de la coïncidence de ces lésions multiples, l'auteur pensa d'abord que les altérations anatomiques siégeant au cuir chevelu étaient la conséquence d'un arrêt de développement dû à la compression de l'amnios. Mais, l'enfant ayant, depuis quelques jours, présenté sur les mains des lésions pemphigoïdes, M. Bar estime que ces plaques atrophiques sont simplement des vestiges d'un pemphigus du cuir chevelu ayant évolué pendant la vie intra-utérine.

Bonnet. — Présentation d'instruments : 1° **Sonde intra-utérine de Doléris, modifiée** par R. Pichevin ; 2° **Appareil pour l'irrigation continue**, par R. Pichevin ; 3° **Appareil à irrigation continue**, par MM. Bonnet et Petit.

Chaput. **Du débridement de la vulve comme opération préliminaire et de la technique de l'extirpation de l'utérus par le vagin.** — L'auteur estime que les chirurgiens n'utilisent pas assez fréquemment un procédé opératoire dont les accoucheurs ont su déjà tirer parti, dans les cas nombreux où il est avantageux d'élargir la voie vaginale. *Technique du débridement, incision :* Du côté de la peau, l'incision est représentée par une ligne qui commence en haut à 2 centim. environ du milieu de la fourchette, se dirige en bas et en dehors vers l'ischion et s'arrête après un parcours de 4 à 5 centim. L'incision se prolonge en haut dans le vagin, à 5 centim. du bord de la vulve, dans le même plan que l'incision cutanée.

Il ne faut pas faire l'incision des parties superficielles vers les tissus profonds, car les tissus fuient et on n'obtient pas un débridement suffisant. Il est indispensable de faire la section par transfixion, ce qui donne beaucoup de rapidité à l'opération et permet d'obtenir une brèche convenable. *Hémostase :* Aussitôt que la section est faite des jets artériels s'élancent de la plaie. De la main gauche, l'opérateur pince la lèvre gauche de la plaie ; il réserve sa main droite pour appliquer les pinces hémostatiques, aussi la compression de la lèvre droite est-elle réservée à l'aide situé de ce côté. Avec les pinces hémostatiques le chirurgien saisit l'angle supérieur de l'incision et les deux angles latéraux (l'aspect des surfaces cruentées est celui d'un losange) ; on étale largement les surfaces saignantes et l'on peut alors pincer un à un tous les vaisseaux qui donnent. L'hémostase terminée, on laisse les pinces en place. On exécute alors l'opération principale, extirpation de l'utérus ou autre, et quand tout est terminé, pansement compris, on procède à la suture du débridement. *Suture du débridement :* placer d'abord le fil correspondant aux angles latéraux du losange, sans quoi il est difficile d'obtenir un affrontement correct.

Avec une aiguille d'Emmet, on chemine au-dessous des surfaces cruentées et on place un fil d'argent assez fort, sur les deux chefs duquel on place une pince hémostatique. On exécute ensuite la suture vaginale, de haut en bas, soit avec l'aiguille d'Emmet, soit avec un Reverdin ou Lamblin courbe, on peut employer des crins de Florence ou mieux des catguts pour cette suture vaginale. Arrivé au fil d'argent, on le tord et on conserve environ 5 à 6 cent. des 2 chefs qu'on utilise pour le pansement. *Pansement, soins consécutifs :* Tampon vaginal à la gaze iodoformée, gaze iodoformée autour des chefs du fil d'argent. Tous les jours : toilette de la vulve ; les fils cutanés sont enlevés au 8e jour, le fil d'argent au 15e. *Double débridement :* Dans certains cas, il est utile de débrider des deux côtés. *Résultats éloignés :* excellents.

Indications du débridement vulvaire : 1° *Dans l'extirpation de l'utérus* pour fibrome, pour salpingite, ou pour cancer.

Toutes les fois que la vulve est gênante par son étroitesse, ou que la tumeur est volumineuse.

Le débridement simple ou double permettra d'amener l'organe à la vulve avec la plus grande facilité ; on aura sous l'œil tous les points qui saignent, on placera les pinces facilement, et le

doigt pourra évoluer à l'aise, malgré la place prise par le col, les pinces érignes, les clamps et les écarteurs.

Il faut avoir enlevé de grosses tumeurs dans des vagins étroits et fait la même manœuvre après débridement pour apprécier les bienfaits de cette pratique.

2° *L'énucléation des fibromes par la voie vaginale* (*méthode de Péan*) se trouve également très facilitée par le débridement.

3° J'ai encore employé avec avantage le débridement pour extirper par le vagin le pédicule d'un fibrome enlevé préalablement dans la même séance par hystérectomie abdominale.

Chez une jeune femme à vulve étroite, j'ai fait le débridement pour extirper tardivement le col utérin dans un cas où la constitution d'un pédicule rentré avait déterminé une abondante suppuration.

4° *Chez les vierges, toutes les opérations un peu complexes sur l'utérus nécessiteront le débridement.* — Dans un cas de gros polype utérin chez une vierge, j'ai pu, grâce au débridement, exécuter facilement une opération qui eût été très difficile sans cette précaution.

5° *Dans les fistules vésico-vaginales inaccessibles.* — Une grosse femme de 52 ans, entrée à la Salpêtrière, dans le service de M. Terrillon que j'avais l'honneur de remplacer, pour une tumeur de la vessie, fut opérée par moi le 19 juin 1891. Je lui fis la taille vésico-vaginale et pus par cette voie extraire un gros champignon implanté sur le côté gauche du bas-fond de la vessie.

Malgré la suture de la plaie vésico-vaginale, il se produisit une fistule qui fut rebelle à la sonde à demeure et à des cautérisations répétées au thermocautère.

Je me mis en devoir de l'oblitérer chirurgicalement, mais le vagin présentait une profondeur de 12 centimètres au moins et était si plissé, si exubérant qu'il était très difficile de voir seulement la fistule. Impossible de tirer en bas le col, disparu par l'atrophie sénile.

J'exécutai alors le double débridement de la vulve et pus sans aucune peine rendre la fistule accessible, l'aviver et la suturer. La malade guérit.

5° Le débridement vulvaire présente encore de nombreuses applications à l'obstétrique, que je ne veux pas développer ici, et qui ont été déjà signalées par Dührssen.

Technique de l'extirpation de l'utérus pour pyosalpinx. — Je conseille systématiquement le débridement uni- ou bilatéral de la vulve, sauf dans les cas où les dimensions de cet orifice sont énormes, ce qui est rare.

J'ai dit plus haut combien cette précaution élargissait le champ opératoire et rendait l'extirpation de l'utérus facile et rapide.

Dans presque toutes mes opérations pour salpingite, j'ai pu enlever la matrice avec la plus grande facilité et en quelques minutes ; j'ai même pu mener à bien des extirpations d'utérus cancéreux qui eussent été impossibles sans le débridement.

Les différents temps de l'extirpation de l'utérus par morcellement ont été trop bien décrits par Péan pour que j'y revienne.

Je signalerai seulement un point important qui m'a été signalé par mon maître Terrillon. Cet auteur déchire avec le doigt les ligaments larges à leur insertion à l'utérus, au lieu de les couper ; grâce à cette manœuvre, il a très peu d'hémorrhagie et je l'ai vu bien souvent faire des hystérectomies complètes sans poser une ligature, ni laisser plus d'une pince ou deux pinces à demeure.

Le morcellement de l'utérus m'a toujours paru avantageux pour le segment inférieur de l'utérus, mais pour le corps de l'organe je trouve plus avantageux d'en faire faire la section verticale ; en saisissant chaque morceau d'utérus on a plus de prise pour tirer sur les annexes et les extirper secondairement.

J'ai toujours pu faire l'extirpation complète des annexes après l'hystérectomie (sauf certains cas où il y avait de très grandes poches) ; et j'attribue la facilité que j'ai eue au débridement de la vulve qui permet d'introduire facilement les quatre doigts de la main dans le bassin. Suit le résumé des 13 observations sur lesquelles est basé cet intéressant travail.

Bonnaire. — Rapport sur une observation de **Rétention placentaire par déciduo-sarcome du placenta.**

Charpentier. — Présentation d'un **Fibrome de l'urèthre.**

P. Petit communique une observation très intéressante : **Kyste hydatique du foie de la contenance de 4 litres, pseudo-métrite et stérilité. Laparotomie. Guérison. Grossesse immédiate.** — Il y avait dans ce cas une particularité intéressante. La femme était atteinte de leucorrhée abondante, qui avait fait penser à une métrite invétérée. Or, le curettage resta absolument ou à peu près inefficace

contre ces écoulements, qui disparurent par contre après la guérison du kyste hydatique.

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

I. — CHIRURGIE ABDOMINALE

Appareil à stérilisation pour salles d'opérations; quelques considérations sur la désinfection dans les cliniques, FRISTCH. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 10, p. 154.

Il se manifeste actuellement une tendance très nette à restreindre l'application des antiseptiques et à réaliser, par contre, l'asepsie du milieu opératoire. Aussi, est-il devenu nécessaire de pouvoir disposer d'une quantité considérable d'eau stérilisée. Dans le service de Fristch, on se sert des substances antiseptiques jusqu'au moment où l'on commence réellement l'opération. A partir de ce moment, c'est exclusivement d'eau stérilisée qu'on se sert pour le nettoyage des éponges, des mains. L'auteur décrit, avec figures à l'appui, l'appareil qu'il a imaginé, et qui lui permet d'obtenir, en très peu de temps, toute la quantité d'eau, sûrement stérilisée, nécessaire.

R. L.

De l'asepsie dans les laparotomies, (Zur Asepsis bei Laparotomien) REIN. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 9, p. 139.

Depuis 1887, parce qu'il avait perdu trois de ses opérées, dont la mort pouvait être attribuée sinon formellement, du moins avec une certaine vraisemblance, à une intoxication 2 fois par l'acide phénique et une fois par le sublimé, l'auteur est devenu plus réservé quant à l'application de l'*antisepsie*. Par contre, il s'est efforcé d'obtenir une *asepsie* aussi rigoureuse que possible de la salle réservée aux laparotomies, des instruments, des pièces de pansement, du linge, des substances pour la ligature, etc. A cet effet, il utilise les températures élevées, chaleur humide (110-119° C.), chaleur sèche (120-140°), eau bouillie, la méthode de Fur-

bringer pour le nettoyage rigoureux des mains (nettoyage mécanique, eau chaude, alcool et sublimé).

Il a, en se conformant à ces précautions de simple asepsie, fait 60 laparotomies, savoir :

Ovariotomies	38
Énucléation de kystes intra-ligamenteux	4
Myotomies	5
Salpingotomies	4
Laparotomie exploratrice	3
Grossesse extra-utérine abdominale	2
Résection de carcinome kystique	1
Ventrofixation de l'utérus	1
Laparotomie secondaire	2
	60

avec une seule mort, soit une mortalité de 1,6 p. 0/0 au lieu de 11,5 p. 0/0 qu'il avait eue dans la série précédente, où il avait appliqué l'antisepsie. D'autre part, les suites opératoires furent, d'une manière générale, plus satisfaisantes qu'après les laparotomies faites avec antisepsie.

Afin de constater jusqu'à quel point l'*asepsie* avait été réalisée, on soumit aux différents moyens capables de démontrer le degré de stérilisation les objets qui avaient servi soit pour l'opération, soit pour le pansement, et le résultat de ces expériences démontra que *tout le voisinage de la plaie était la plupart du temps absolument stérile.*

R. L.

Expériences sur les conditions étiologiques des adhérences péritonéales après la laparotomie. (Versuche über die Entstehungsbedingungen peritonealer Adhaesionen nach Laparotomien), Kelterborn. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 51, p. 913.

Sänger a émis l'opinion qu'après résection du péritoine pariétal, pas n'est besoin de 2 surfaces cruentées pour produire des adhérences, qu'une seule suffit, qu'au niveau de la solution de continuité de la séreuse, il ne se reforme pas d'épithélium, mais que la production d'adhérences est inévitable. D'autre part, Dembowski qui a fait, sur la même question, une série d'expériences sur des animaux, était arrivé à des résultats se résumant de la façon sui-

vante : les corps étrangers, ligatures et portions correspondantes, eschares provoquent sûrement des adhérences péritonéales ; iodoforme, caillots sanguins, liquides irritants et antiseptiques, lésions diverses du péritoine n'ont pas d'action notable et ne déterminent pas des adhérences au niveau d'une séreuse d'ailleurs normale.

A son tour, Kelterborn a institué une série d'expériences (18) sur des animaux (chats, chien, lapin), et il est arrivé à des conclusions bien différentes : 1) les exfoliations épithéliales, les eschares du péritoine, dans les cas non compliqués, ne provoquent aucune formation d'adhérences.

2) Les ligatures intra-abdominalès ne donnent, en général, pas lieu à la formation d'adhérences ; elles accusent une tendance à s'enkyster.

3) La formation d'adhérences dans la cavité abdominale, consécutivement à la laparotomie, le péritoine étant normal, dans l'immense majorité des cas, est due à une infection. En somme, rien ne s'élève contre le large usage du thermocautère, dans la laparotomie, pour la destruction des adhérences.

R. L.

De la production des adhérences péritonéales. (Zur Enstehung der peritonealen Adhäsionen). Dembowski. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° **15**, p. 281.

Les recherches expérimentales de Kelterborn ont été inspirées par Kustner. Celui-ci, à la suite d'un fait clinique, avait été conduit à mettre en doute les propositions émises par Dembowski sur l'étiologie des adhérences péritonéales. Kustner avait enlevé une tumeur ovarique dont le poids excédait 30 kilogr., qui avait contracté des adhérences intimes avec le péritoine pariétal et l'épiploon, et qui adhérait aussi fortement avec la vessie, l'S iliaque, le fond de l'utérus et le ligament large gauche. Ces adhérences furent détruites, soit avec la main, soit avec le thermocautère et cela ne se fit pas sans produire des eschares profondes et étendues. La tumeur enlevée, on constata que les anses intestinales adhéraient assez solidement entre elles, on les désunit avec le doigt. Le revêtement séreux, inégal, irrégulier des anses intestinales se recouvrit en outre de gouttelettes de sang de la grosseur d'une tête d'épingle. Or, 14 mois plus tard, le sujet de cette observation ayant

été laparotomisé de nouveau pour une volumineuse hernie abdominale, Kustner ne rencontra aucune adhérence, pas plus au niveau des anses intestinales, jadis adhérentes entre elles, qu'au niveau des organes pelviens.

Dembowski explique ces constatations (absence d'adhérences) en contradiction, apparente du moins, avec les résultats de ses propres expériences, en insistant sur les grandes différences que présentent, dans leur mode de réaction contre les actions irritantes, les divers viscères abdominaux. Il n'y aurait aucune parité à établir, par exemple, entre les anses intestinales, douées de mouvements propres, incessants, et le grand épiploon qui en est absolument dépourvu. Ce dernier et les organes dépourvus comme lui de mouvements propres, sont aptes à contracter des adhérences durables. Au contraire, les anses intestinales en contractent moins facilement, et de plus, les expériences faites démontrent qu'après en avoir contracté, les mouvements dont elles sont animées peuvent parfaitement arriver à les détruire. Aussi ne doit-on pas conclure, parce qu'on ne trouve pas d'adhérences à une seconde laparotomie faite longtemps après la première, qu'il ne s'en était jamais produit. D'autre part, si dans le cas cité par Kustner, le grand épiploon n'avait pas contracté d'adhérences au niveau des eschares situées sur le péritoine pariétal et dans l'excavation pelvienne, c'est très vraisemblablement, d'après Dembowski, parce qu'après l'opération, il n'arrivait pas jusque-là.

En ce qui concerne les expériences de contrôle faites par Kelterborn, l'auteur leur reproche surtout d'avoir été conduites suivant une technique différente de la sienne et qui s'écarte davantage des conditions ordinaires des laparotomies.

R. L.

Recherches expérimentales sur la production des adhérences dans la cavité abdominale après la laparotomie. (Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung von Adhäsionen in der Bauchhöhle nach Laparotomien). THOMSON. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 5, p. 105.

Travail basé sur de nombreuses expériences sur des animaux (chats, lapins, un seul chien). L'auteur s'est tantôt servi des antiseptiques, tantôt il s'est efforcé de réaliser une asepsie rigoureuse, mais il n'a constaté dans les résultats aucune différence imputa-

ble à l'une ou l'autre de ces deux méthodes. Enfin, dans le but de ne pas injustement rapporter aux autres circonstances de l'expérimentation des effets qui auraient pu relever d'une infection, toutes les expériences ont été soigneusement soumises au contrôle bactériologique. Les résultats obtenus se trouvent résumés dans les propositions suivantes :

1) Il se produit des adhérences épiploïques et intestinales en dehors de toute infection au niveau des plaies de laparotomie tout à fait stériles, comme au niveau de plaies musculaires volontairement produites au niveau de la paroi abdominale interne. *La suture exacte des plaies avec des fils de soie prévient la plupart du temps la production d'adhérences étendues.*

2) *Les pertes de substance superficielles du péritoine guérissent sans aucune complication.*

3) *Avant la fermeture de l'abdomen, il importe d'étendre l'épiploon en arrière de la paroi abdominale, dans le but de prévenir la formation d'adhérences intestinales.*

4) *Il peut survenir après la laparotomie une péritonite septique, reconnaissant pour cause une infection par l'air ambiant.*

5) *Des corps étrangers, même stériles (gaze iodoformée, par exemple), à condition qu'ils aient un certain volume, et qu'ils soient capables de déterminer une irritation assez intense, provoquent la formation d'adhérences dans la cavité abdominale.*

R. L.

Des sections abdominales, leurs indications, leur manuel opératoire. (Indications for abdominal section and the details of its performance), par Lawson Tait. *Med. Rec.*, N.-Y., 3 mai 1890, t. I, p. 485.

Depuis 10 ans, l'école chirurgicale moderne, malgré les efforts de la vielle école, a établi l'importance et l'utilité de la laparotomie exploratrice. Lorsque l'état d'un malade rend la vie insupportable, il est aujourd'hui admis que, même en l'absence de diagnostic précis, on doit ouvrir le ventre, voir quelles sont exactement les lésions et, séance tenante, agir de manière à soulager le malade et à le guérir, s'il se peut. L'incision exploratrice a si peu de gravité, que Tait l'a pratiquée dans le seul but de démontrer à des médecins, dont la thérapeutique variait constamment avec leurs

indécisions diagnostiques, qu'ils avaient affaire à un cancer du foie.

La vieille école parle constamment de diagnostic précis, c'est joli à dire ; mais en pratique, il faut voir, lorsqu'on opère les femmes, quelles erreurs ont faites ces grands maîtres. La pratique de l'incision exploratrice seule, en rectifiant les diagnostics, permettra peut-être un jour d'arriver à établir la valeur séméiologique exacte des signes constatés. Actuellement, nos connaissances sont certainement insuffisantes.

La malade doit prendre la veille de l'opération un laxatif et le matin un lavement.

Lawson Tait se sert d'un mélange de 2 parties d'éther et de 1 de chloroforme, pour anesthésier les malades au-dessous de 45 ans ; au delà de cet âge, il augmente la proportion de chloroforme, donnant le chloroforme exclusivement au delà de 60 ; d'après lui, l'éther irrite les bronches, et est, surtout chez les malades âgés, la cause d'une bronchite ou d'une autre complication qui les emporte au bout d'une huitaine.

Les instruments et les éponges *soigneusement comptées* sont placés dans des cuvettes pleines d'eau ordinaire prise au robinet. Ce qui importe c'est non les introductions de germes isolés, mais l'abandon dans la plaie de parcelles mortifiées, de caillots sanguins par exemple, qui leur serviraient de nid. Pendant l'opération un aide, responsable des éponges, les lave constamment dans de l'eau.

L'incision doit être de 2 à 4 ou 5 pouces de long ; on passe dans l'interstice des muscles droits ; saisissant ensuite avec deux pinces le péritoine et le soulevant on l'ouvre d'un coup de bistouri sans avoir à craindre de léser les organes sous-jacents. On agrandit la plaie, en passant le doigt dans son intérieur et incisant sur lui.

Lors de tumeur excentrique, on peut inciser ailleurs qu'au lieu d'élection : alors on choisit le point le plus saillant de la tumeur.

Au cours de l'opération on se sert de pinces à pression comme rétracteurs. Les sutures doivent être faites avec la soie de Chine, substance résorbable, si elle est pure, ce que l'on peut reconnaître à sa solubilité complète dans la potasse caustique ; pour peu qu'il y ait mélange de coton il reste un résidu ; le drainage, pratiqué pour la première fois en 1864 par Kœberlé, qui est resté 4 ans sans pouvoir faire d'adeptes, est aujourd'hui d'un emploi courant, de même le lavage du péritoine qui doit détacher tous les caillots,

tous les débris et qui, en même temps, a l'avantage d'arrêter le suintement des adhérénces déchirées.

Après l'opération, L. Tait n'autorise les malades qu'à se rincer la bouche avec de l'eau tiède ; il leur interdit toute ingurgitation de glace, etc. Le second jour il leur donne un peu de lait et d'eau de seltz. Le troisième jour est le jour critique. S'il y a la moindre distension épigastrique, pouvant faire craindre le début d'une péritonite, il faut donner un léger purgatif salin et un lavement.

Au point de vue pronostique il n'y a pas grand compte à tenir de la température ; le grand guide est le pouls, lorsqu'il monte à 120, la situation est grave ; le facies est aussi un bon guide. Une malade qui, après l'opération, n'est pas calme, qui babille et s'agite, est une malade à peu près certainement perdue.

H. H.

Cent laparotomies, par N.-N. FENOMENOW. *Vratch,* 1890, nos 16, 18, 19.

Ces opérations exécutées dans l'espace de deux ans et demi se rapportent à des kystes de l'ovaire et des trompes, des fibromes utérins, des grossesses extra-utérines, quelques opérations dans le cours de la grossesse, un sarcome de l'ovaire chez une enfant de 8 ans, une hernie ombilicale opérée sur une enfant d'une heure, un kyste du mésentère. Il y a eu cinq décès, deux femmes étaient atteintes de péritonite fibrino-suppurée, et avaient été opérées sans espoir de réussite ; deux succombèrent à l'infection et la dernière se cachectisa progressivement. Depuis deux ans aucune substance antiseptique n'est employée dans le cours de l'opération, on ne s'en sert que pour le nettoyage du vagin. L'eau bouillie et bouillante est obtenue simplement à l'aide d'un grand samovar.

Dans ces conditions la réunion par première intention n'a fait défaut que trois fois et les suites ont toujours été aussi simples que possible.

M. W.

De l'état anatomo-pathologique des ovaires dans les névroses, par Mme S. V. FILEMONOW.

L'examen microscopique a été fait sur les ovaires de deux femmes opérées par le Dr Lebedew. Elles présentaient toutes les deux des phénomènes douloureux du côté des ovaires, des troubles menstruels et des phénomènes hystériques et les ovaires furent trouvés profondément altérés dans leur structure, quoique peu

volumineux. Les lésions portent sur les vaisseaux, les nerfs et les vésicules de de Graaf. Les artères présentent les altérations habituelles de l'endo-périartérite chronique, le tissu conjonctif des nerfs était notablement hyperplasié et un certain nombre de cylindres axiles atrophiés. Les vésicules de de Graaf en nombre normal étaient presque toutes altérées, quelques-unes gélatineuses, la plupart dépourvues d'œuf, distendues par un contenu granuleux uniforme ; la tunique fibreuse du follicule très épaissie, la couche épithéliale au contraire atrophiée. Dans les quatre ovaires étudiés, l'albuginée présentait une épaisseur et une résistance anormales et la couche corticale de l'ovaire était élargie par rapport à la substance médullaire. Il est à noter cependant qu'il n'y avait pas de sclérose du parenchyme ovarien, pas d'oophorite diffuse proprement dite.

M. Wilbouschevitch.

Considération sur une série de cent laparotomies. (Remarks upon one hundred abdominal sections), par Stansbury Sutton. *The American Lancet, Detroit Mich.*, février 1860, t. XIV, p. 47.

L'auteur a divisé par séries de 10 les cent laparotomies qu'il a pratiquées et montre le nombre de plus en plus considérable des succès qu'il a obtenus. Il donne sur sa manière d'opérer, sur ses aides, sur les substances qu'il emploie des détails parfaitement connus.

P. N.

Résultats des laparotomies aseptiques. (Die Resultate der aseptischen Laparotomien), H. Fritsch. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 29, p. 515.

Du 12 février jusqu'au 4 juillet, il a été fait 52 opérations, dans lesquelles on s'est efforcé de réaliser une asepsie rigoureuse.

Opération de Porro	1
Opération césarienne	1
Ovariotomie	23
Laparo-myomotomie	9
Castration	7
Exsudat	3
Incision dans des cas d'ascites ou incision exploratrice	7
Hernie abdominale	1
	52

De ces opérées, moururent : 1) une femme, qui avait subi la

castration. Elle succomba à des vomissements qui apparurent au sortir de la narcose chloroformique et qui se prolongèrent jusqu'à la mort; pas de fièvre, pas trace de péritonite ; 2) une opérée, ayant subi la laparo-myomotomie, est morte d'iléus, complication qu'il est impossible d'imputer à la méthode aseptique.

R. L.

Quatorze observations de laparotomie. (Quattordici laparotomie), par Cosentino. *Annali di ostetricia e ginec.* Milano, 1890, p. 76.

Cosentino après avoir décrit sa technique opératoire au point de vue de l'asepsie de l'opérateur, de l'opérée et des instruments, rapporte 13 observations de laparotomie pour kystes de l'ovaire (3 morts) et une observation de fibrome interstitiel. Dans les cas de fibrome, il ne fait la castration que si la tumeur est trop volumineuse, et enclavée dans le petit bassin.

P. Mauclaire.

Des laparotomies pratiquées plusieurs fois sur le même sujet. (Ueber die an derselben Person wiederholten Laparotomien), Velits. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, 1891, Bd XX, Hft 2, p. 384.

L'auteur a résumé dans un tableau 128 cas relevés dans la littérature médicale, et ajouté 7 observations personnelles.

Il étudie ces faits non point, à l'exemple d'Olshausen, Jacquet, Veit, Gusserow, au point de vue opératoire, mais avec l'intention de dégager des notions de nature à permettre d'éviter la nécessité des laparotomies répétées. Cette étude l'a conduit aux conclusions suivantes : a) Le pronostic des laparotomies répétées n'est pas précisément subordonné aux difficultés opératoires; il dépend surtout de la nature des processus pathologiques qui les ont motivées; b) il est remarquable que, dans la grande majorité des cas, ce sont des affections de l'ovaire avec leurs conséquences qui ont justifié la répétition de la laparotomie; et que, le chiffre de la mortalité s'élève à 26,15 0/0, chiffre près de 3 fois plus fort que celui de la mortalité des ovariotomies en général; c) de ces notions, il résulte qu'on doit, non point toujours, mais dans bon nombre de cas, prévenir la nécessité d'une nouvelle laparotomie, en basant sa première intervention sur une appréciation judicieuse des caractères anatomo-histologiques du processus pathologique, *et en se gardant d'une chirurgie trop conservatrice.*

En résumé : *On doit, afin d'éluder la nécessité d'une deuxième ovariotomie, faire suivre l'ablation d'une tumeur ovarique reconnue de nature maligne, de l'extirpation de l'autre ovaire quoique paraissant normal.*

R. L.

Des épanchements sanguins intra-péritonéaux. (Ueber intra-peritoneale Blutergüsse), J. VEIT. *Samml. Klinisch. Vorträge*, n° 15, 1891.

Depuis Nélaton, on a, en France surtout, appliqué le nom d'hématocèle aux épanchements sanguins dans la cavité abdominale, que ces épanchements fussent encapsulés ou libres. Cette désignation est fâcheuse, au jugement de l'auteur, même en admettant que ces deux variétés d'épanchement aient les mêmes causes. En conséquence, il propose de distinguer, sous le nom d'*hématocèles*, les épanchements encapsulés situés dans la cavité pelvi-abdominale, des épanchements libres aussi bien que des épanchements enkystés siégeant dans une autre région ainsi que des hémorrhagies dans le tissu cellulaire pelvien, auxquels il réserve le nom d'*hématomes*.

Les *grossesses tubaires* sont les causes les plus habituelles des hémorrhagies intra-péritonéales; aussi, l'auteur ayant eu déjà l'occasion de les étudier, les prend comme type des hémorrhagies intra-péritonéales, auxquelles les gynécologues peuvent avoir affaire. Si toutes les particularités propres à ces hémorrhagies n'appartiennent pas à tous les autres cas, il n'en est pas moins vrai que ce qu'elles ont permis d'apprendre sur l'état du sang épanché, peut être généralisé.

Que devient le sang épanché dans la cavité abdominale? Quand une grossesse tubaire aboutit de bonne heure à la rupture de la trompe, en général, les vaisseaux déchirés ne sont pas volumineux. Jamais, dans sa pratique personnelle, Veit n'a constaté de déchirure des anastomoses des artères ovarique et utérine, pas plus qu'il n'a trouvé dans la littérature médicale citation de lésion de cet ordre. En général, le sang émane du sac fœtal, de la zone d'insertion de l'œuf sur la muqueuse, peut-être aussi de quelques artérioles terminales de la trompe. Qu'il ne faille pas compter sur des contractions utérines, comme lorsqu'il s'agit de grossesse utérine, pour oblitérer les points saignants de l'aire placentaire,

le faible développement des parties musculaires de la trompe aussi bien que leur état de relâchement très accusé durant ces premiers stades du développement, le démontrent. Il y a dans ces hémorrhagies deux points intéressants et importants à noter : 1) que, malgré la petitesse du foyer hémorrhagiqne, l'hémorrhagie est parfois mortelle, alors que, dans les avortements, cette terminaison est tout à fait exceptionnelle ; 2) que l'hémorrhagie se prolonge longtemps (au delà de 48 heures en plusieurs cas) ou du moins qu'elle recommence à plusieurs reprises.

Jusqu'à quel point le sang épanché est-il coagulable ? Maintes fois, cette opinion a été exprimée que, jamais, le sang épanché dans la cavité abdominale ne se coagule, et l'on trouvait dans cette assertion l'explication de ce fait remarquable qu'une hémorrhagie intra-abdominale s'arrête très difficilement. Quand dans les nécropsies on trouve des caillots, on peut à la rigueur penser qu'il s'agit là de phénomènes purement cadavériques ; aussi, l'auteur s'est-il préoccupé, chaque fois qu'il a eu à ouvrir le ventre sur le vivant pour des hémorrhagies, de bien se rendre compte de l'état du sang. Or, *jamais il n'a manqué de constater dans la cavité abdominale la présence de caillots petits et volumineux.* Tout d'abord, il pensa que ces coagulations avaient pour point de départ des corps expulsés en même temps que le sang (œufs, débris ovulaires). Toutefois, cette explication, peu satisfaisante déjà par le seul fait, en certains cas, du nombre et du volume des caillots, lui parut erronée lorsqu'il eut constaté que, dans tous les cas, sauf un, l'œuf reposait sur sa face externe dans la cavité abdominale et qu'il était absolument dépourvu de caillots..., d'où cette conclusion : *règle générale, le sang épanché dans la cavité abdominale se coagule, même quand cet épanchement s'est produit sans expulsion aucune de corps étranger,* œuf, débris ovulaires, qu'à priori on aurait pu considérer comme formant le noyau d'origine du caillot.

Toutefois, *la coagulation paraît se faire plus lentement que dans les autres régions du corps.* Il est rare aussi que la masse principale des caillots siège tout près du foyer hémorrhagique ; le plus souvent, elle en est assez éloignée, et ces deux conditions expliquent les difficultés de l'hémostase spontanée. Elles proviennent aussi de ce qu'il n'y a pas de contre-pression abdominale sérieuse, capable d'agir sur le point qui donne du sang. L'élévation

de la pression abdominale ne peut en réalité se produire d'une façon notable que par la contraction combinée du diaphragme et des muscles abdominaux ; d'ailleurs, cette mise en jeu de la pression abdominale ne peut être qu'intermittente, de peu d'efficacité par conséquent pour arrêter une hémorrhagie, et plus apte d'ailleurs à amener l'évacuation de la vessie et de l'intestin. Un dernier mécanisme de l'hémostase spontanée consiste dans la contraction des vaisseaux. Or, même à ce point de vue, les conditions qui se rencontrent dans une grossesse tubaire sont défavorables. En effet, les sinus développés dans la trompe sont pauvres en fibres musculaires, s'il n'en sont même totalement dépourvus ; aussi, conçoit-on facilement, que lorsqu'une hémorrhagie consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire, se fait librement *dans une cavité abdominale jusque-là saine,* la mort survienne dans la plupart des cas.

Ce dernier mécanisme (contraction vasculaire) de l'hémostase spontanée peut assurément agir plus efficacement dans les hémorrhagies intra-abdominales ayant une autre origine. Toutefois, il est bien remarquable qu'une hémorrhagie secondaire survenue après une opération, et par le fait d'une ligature qui a glissé, s'arrête, d'une manière très exceptionnelle, spontanément.

Autre point. L'expérience enseigne que les grossesses tubaires sont très fréquentes, et aussi, qu'en dépit des difficultés à l'hémostase spontanée, la mort par hémorrhagie est rare. Comment expliquer cette contradiction apparente ? *De ces observations, l'auteur conclut qu'une cavité abdominale saine est la condition de la mort par hémorrhagie, qu'une cavité abdominale malade antérieurement est favorable à l'hémostase* (1).

Les faits cliniques s'expliquent ainsi aisément : en effet, les femmes qui ont des grossesses extra-utérines, ont très souvent été sujettes antérieurement à des poussées de péritonite pelvienne. Or, le facteur qui explique l'hémostase spontanée, la guérison, c'est l'enkystement du sang, lequel est facilité par l'existence d'adhérences.

---

(1) Nous trouvons dans l'ouvrage de Martin « *Traité clinique des maladies des femmes* », trad. française, 1889, p. 522, » la même remarque : « Ces hématocèles sont très rares chez les femmes en bonne santé ; toutes celles qui en sont atteintes ont présenté des troubles menstruels ; etc. » — R. L.

L'hémorrhagie qui s'est effectuée librement dans la cavité abdominale peut-elle aboutir à une hémorrhagie enkystée (hématocèle)? A cette question, l'auteur se basant sur cinq observations personnelles (laparotomies pour des hémorrhagies, pratiquées après un laps de temps supérieur à celui que met l'hématocèle à se constituer), et sur les résultats d'expériences faites sur des lapins, répond par la proposition suivante : *on peut admettre avec une grande certitude que dans les cas d'hémorrhagies se faisant librement dans la cavité abdominale, la femme bien portante jusque-là, continue à perdre du sang jusqu'à ce qu'elle meure, ou que le sang* — sauf complications, bien entendu — *est résorbé et rapidement, sans s'être enkysté.*

On verra que cette proposition a une importance décisive sur la question du traitement. D'ailleurs, il importe aussi de s'en souvenir, quand on se trouve en présence d'affections abdominales d'origine traumatique. Il n'est pas rare, par exemple, qu'un assez long temps après avoir subi un choc extérieur, un sujet se trouve une tumeur dans le ventre : le médecin est consulté. Dans ces cas, il est certain que l'examen objectif du malade fournit les éléments essentiels du diagnostic. Or, si cet examen permet de constater qu'il s'agit d'une localisation intra-péritonéale — abstraction faite, bien entendu, des hématocèles — on peut, avec la plus grande certitude affirmer qu'il existait, antérieurement au traumatisme, une tumeur restée inaperçue jusqu'alors et qui a été le point de départ de l'hémorrhagie. Par contre, si le médecin constate une tumeur extra-péritonéale, il peut très bien se faire qu'il s'agisse d'un simple hématome, sans tumeur antérieure, parce que les tissus extra-péritonéaux sont beaucoup moins propres à la résorption (suivent deux exemples résumés de ces 2 variétés de cas).

Il ressort des considérations précédentes que l'hématocèle n'est pas l'aboutissant d'une hémorrhagie qui s'est effectuée librement dans la cavité abdominale. Assurément, pour s'expliquer sa production, le plus simple serait de supposer que l'hémorrhagie se fait dans un espace, préformé et limité de tous côtés. Mais, si ces conditions favorables à l'enkystement du sang existent quelquefois, la clinique nous enseigne que l'éventualité est très rare, et l'on n'a peut-être jamais trouvé la trompe complètement isolée du reste de la cavité abdominale. Il faut donc chercher d'autres conditions

étiologiques de l'hématocèle. Nous savons que la cause capitale de la production d'une grossesse tubaire réside très souvent ou même habituellement dans un catarrhe tubaire, et que concurremment avec le catarrhe tubaire, il se fait, sous l'influence de la même cause infectieuse, de la périmétrite, c'est-à-dire un certain nombre d'adhérences. Il semble logique d'admettre, étant donnée la lenteur de l'hémorrhagie, que la formation des caillots, le processus de coagulation est singulièrement facilité par les brides, les adhérences, qui ont pour premier résultat de ralentir encore l'écoulement sanguin. Puis, le premier caillot formé devient un centre de coagulation, et il s'en forme ainsi plusieurs. Or, à mesure que les caillots grossissent, se rapprochent, ils délimitent peu à peu une cavité, communiquant encore, au début, avec la cavité abdominale par quelques pertuis, mais qui vont en s'amoindrissant, jusqu'à s'effacer tout à fait, à mesure que le sang se dépose, se coagule, et parce que la pression de l'écoulement sanguin devient de plus en plus faible. Cette cavité, close, complètement constituée, oppose à son tour une certaine résistance au sang qui, continuant à s'écouler, tend à refouler ses parois dans le sens de la plus faible résistance, c'est-à-dire, habituellement vers la cavité de Douglas, d'où la production habituelle de l'hématocèle rétro-utérine. (Il est clair que dans les cas d'hémorrhagie artérielle, forte, les choses, même au cas d'adhérences anciennes, ne se passent pas ainsi. Les phénomènes menaçant la vie se manifestent beaucoup plus vite quand, dans les cas de rupture des trompes gravides, la violence du jet sanguin s'oppose à la coagulation.) En résumé, deux conditions sont nécessaires pour la production de l'hématocèle : 1° état pathologique antérieur de la cavité abdominale ; 2° mode d'hémorrhagie, semblable à ce que l'on observe dans les cas de grossesses tubaires rompues, c'est-à-dire, écoulement sanguin lent, par poussées successives, et sans forte pression.

Il importe beaucoup, pour le traitement, de déterminer s'il s'agit d'une hémorrhagie s'effectuant librement dans la cavité péritonéale ou d'hémorrhagies enkystées. Or, il faut savoir, que dans le premier cas, l'examen objectif (percussion, palper combiné, etc.) ne donne aucun renseignement utile. Le diagnostic doit être principalement édifié sur la *constatation d'une anémie extrême après exclusion de toutes autres sortes d'hémorrhagies* (hémorrhagie externe, hémorrhagie vésicale, dans l'intestin). Ce diagnostic d'hémorrha-

gie, se faisant librement, dans la cavité intra-péritonéale, une fois établi, les succès de l'intervention dépendent beaucoup de sa rapidité.

En ce qui concerne le procédé opératoire, il est, selon Veit, deux conditions importantes à réaliser : 1) *placer le sujet avec le siège fortement élevé*, mode de décubitus qui a pour avantage d'éloigner le sang du foyer hémorrhagique, de rendre celui-ci très apparent, et de faciliter l'hémostase. De sa pratique personnelle, Veit conclut qu'il n'est pas nécessaire, comme on l'a soutenu, d'évacuer le sang contenu dans la cavité abdominale ; que si l'on objectait, néanmoins, la nécessité de cette évacuation contre l'emploi du décubitus avec le siège élevé, l'objection n'en serait pas moins peu valable, puisqu'il suffit, l'hémostase étant assurée, de remettre immédiatement le sujet dans le décubitus voulu ; 2) *assurer l'hémostase* non pas seulement en liant les points saignants, mais en *liant les deux vaisseaux afférents dans leur continuité*, l'artère spermatique, par exemple, au moment de sa sortie du ligament large, et l'artère utérine ou plutôt son rameau anastomotique, qui longe immédiatement la face latérale de l'utérus. Cela suffit parfaitement quand il s'agit d'hémorrhagies consécutives à la rupture de grossesses tubaires. Dans certains cas, il est nécessaire de faire des ligatures plus profondes.

Quant à la conduite à tenir dans les cas d'hématomes ou d'hématocèles, l'auteur ne s'en occupe pas. C'est celle qui a été déjà indiquée par Zweifel (1) et Gusserow (2).

R. L.

Rapports de la grossesse masquée avec la chirurgie abdominale. (Conciliated Pregnancy ; its relations to abdominal surgery), par A. Van der Veer, professeur au collège médical d'Albany. *Amer. J. of obst.*, 1889, nov., p. 1121..

L'auteur rapporte deux cas personnels, et huit autres cas qu'il a pu réunir, dans lesquels le médecin fit la laparotomie, sans avoir diagnostiqué la gestation.

Quatre des opérées moururent peu après l'opération, cinq survécurent. L'auteur ne connaît pas le sort de la dixième.

Les opérateurs étaient : Van der Veer (fibrome, sarcome) ;

(1) *Arch. f. Gynäk.*, Bd XXII, p. 185.
(2) *Ibid.* Bd XXIX, p. 389.

C. Kellock, R. Barnes, Granville, Bantock (sarcomes) ; Péan, Fauvel, A. Patterson (fibro-myômes) ; J. H. Etheridge, L. Washif (fibromes multiloculaires).

L'auteur croit que dans tous les cas, les symptômes indiquaient l'opération, et s'appuie sur l'opinion énoncée par L. Tait : « Lorsque la vie est menacée, ou insupportable, que les traite-« ments ordinaires sont impuissants, le diagnostic exige une « incision exploratrice, qui le fixera et ouvrira la voie au traite-« ment ».

Puis Van der Veer discute les détails de 68 cas de ce genre et conclut ainsi :

1° Les conditions étaient telles que, si elles se rencontrent dans d'autres cas, on ne pourra pas éviter la même erreur.

2° et 3° Avant d'opérer, le chirurgien s'assurera de toutes les sources de lumières qui seront à sa portée, et examinera soigneusement la malade.

4° Lorsqu'il aura le moindre soupçon de la grossesse, il en fera part à la malade ou à son entourage.

5° Il exposera aux intéressés la nécessité de l'intervention.

6° Il est nécessaire de rapporter en détail tous les cas de ce genre, afin d'en éclairer l'histoire.

7° On doit reconnaître que surtout jusqu'au 5e ou au 6e mois, la grossesse peut être masquée par quelque maladie abdominale.

A. C.

Deux cas d'avortement manqué. (Zwei Fälle von « Missed abortion »), CHOLMOGOROFF. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XXII, Hft 11, p. 302.

Dans l'un des cas, le développement de l'œuf s'arrêta sous l'influence de causes restées inconnues. Cependant les éléments de l'œuf restèrent encore plus de 7 mois dans la matrice, en sorte qu'il s'écoula, depuis le début de la grossesse jusqu'au moment de l'expulsion de l'œuf, plus de 11 mois. Fœtus et annexes étaient encore à l'état frais quand ils furent expulsés. On n'intervint pas chirurgicalement, parce qu'à aucun moment il ne se produisit de symptômes de nature à motiver une intervention. Dans le second cas, la grossesse dura environ 3 mois, mais les produits de la gestation restèrent retenus dans l'utérus encore plus de deux mois. Également dans ce cas, on fit de l'expectation. L'auteur a cru devoir rapporter ces deux faits en raison de leur rareté. R. L.

Traitement des laparotomisées. (Aftertreatment of Laparotomy), par T. J. WATKINS, de Chicago, *Am. J. of obst.*, 1890, sept., p. 929.

Avant de rapporter l'opérée dans son lit, il faut sécher complètement son corps, et la nettoyer ; il n'est pas nécessaire de lui mettre un pantalon et des bas, qui gêneraient et rendraient malaisés les pansements ; une camisole de flanelle et une chemise de nuit suffisent.

Sa chambre doit être *chirurgicalement propre*. Sur le matelas, on fixe un drap sans plis ; sur le drap, une feuille de tissu imperméable, un drap, puis une alèze ; sur l'opérée, un drap et assez de couvertures pour la maintenir au chaud. Le lit doit avoir été chauffé au préalable, et la température de la chambre sera maintenue entre 21°,5 et 22°,2 ; elle sera parfaitement ventilée, et on y laissera pénétrer librement le soleil.

Si la température du corps descend au-dessous de la normale, on rétablira la circulation au moyen des frictions, de la chaleur, des stimulants et de couvertures. Parmi ces moyens, les frictions sont de beaucoup préférables, car la chaleur artificielle et les couvertures produisent la dépression ; les stimulants commencent par augmenter la congestion viscérale, les frictions la diminuent.

Il est parfois utile de relever les pieds du lit, de telle sorte qu'il fasse un angle de 30° avec l'horizontale ; c'est une stimulation utile, qui diminue le travail du cœur.

Quant aux *stimulants* (1), il vaut mieux les administrer par le rectum. L'auteur préfère l'eau-de-vie de raisin (*brandy*) à l'eau-de-vie de grains (*whiskey*) ; le meilleur véhicule est le thé de bœuf (2) qui renferme les sels du sang.

Les injections hypodermiques de cognac sont parfois nécessaires : on peut y adjoindre l'esprit aromatique d'ammoniaque (composé de carbonate d'ammoniaque, d'ammoniaque liquide, d'huile volatile de muscade, d'huile de limon, d'alcool rectifié et d'eau). L'auteur rejette les injections d'éther.

Les vomissements, d'après lui, sont de cause cérébrale, et seront

(1) En anglais, le mot *stimulants* n'est guère employé que pour désigner les alcooliques (A. Cordes).

(2) Préparé par une longue ébullition en vase clos, et non par infusion (A. Cordes).

combattus par les applications de moutarde, le froid et la chaleur, l'abaissement de la tête de la malade. et les injections de la solution de Magendie (morphine).

Georges Smith recommande l'administration d'une grande quantité d'eau chaude, Kussmaul, le lavage stomacal avec la pompe, qui est inutile si le vomissement n'est pas causé par l'élimination de l'anesthésique par la voie gastrique ; dans ce cas, les stimulants volatils seront inutiles.

Si l'éther — l'auteur ne parle pas des autres anesthésiques — cause une congestion des reins, il faut stimuler la sécrétion rénale par l'administration de liquides abondants, si l'estomac les supporte, ou injectés par le rectum. Les ventouses sèches sont indiquées. La quantité d'urine rendue varie de 500 à 1000 gr. par jour.

Il faut éviter la *bronchite* en couvrant la poitrine de l'opérée avec du coton ; si la bronchite se produit, on la traitera comme d'habitude, mais en évitant les expectorants.

La *douleur* sera combattue par les applications de chaleur sèche ; il faut, autant que possible, éviter de donner de l'opium ; mais il ne faut pas sacrifier le repos de l'opérée à un parti pris.

Dans le cas d'*agitation*, on prescrira les bains et le massage.

Les meilleurs *calmants* sont : les bromures, l'antipyrine, la valériane, la jusquiame. Il est parfois nécessaire de prescrire des *spécifiques*.

La *soif* sera traitée par les boissons stimulantes *chaudes*.

L'auteur rejette l'eau glacée, qui désaltère peu et produit ordinairement des vomissements.

La *flatulence* est fort pénible; elle peut exiger l'emploi du tube rectal, et des clystères chauds. Watkins recommande la liqueur de Labarraque, la térébenthine, l'asa fœtida, la menthe verte, la menthe poivrée, le charbon végétal, l'esprit aromatique d'ammoniaque.

L'opérée rend plus aisément les gaz intestinaux, quand elle se couche sur le côté gauche. Le lait est la meilleure nourriture, il se digère mieux, quand on lui associe les eaux carbonatées : Vichy, Seltz, l'eau de soude, l'eau de chaux n'aide pas autant à la digestion du lait.

L'opérée ne doit prendre aucune nourriture avant la fin des premières 24 heures ; dès lors, on commencera à l'alimenter prudemment et progressivement.

Le 6e jour, elle peut prendre du punch au lait ou à la crème, des huitres, des œufs peu cuits, etc.

Il vaut en général mieux ne pas *purger* avant le 5e ou le 6e jour. Watkins recommande l'administration du tartrate de potasse et de soude par doses de 4 gr., dans de l'eau de Seltz, toutes les heures pendant 6 ou 8 heures.

Il aime mieux le calomel en poudre qu'en tablettes, et recommande un lavement, s'il est nécessaire, car l'accumulation se produit surtout dans le gros intestin.

Si l'usage de la *sonde* est nécessaire, il faut prendre les précautions antiseptiques les plus minutieuses.

Les *bains* et le *massage* quotidiens sont fort utiles.

L'opérée doit conserver le décubitus dorsal pendant 24 heures. De plus, elle peut changer de position de temps en temps.

La *plaie*, si l'on n'a pas mis de drain, doit être laissée tranquille pendant 6 ou 7 jours; on peut alors enlever les fils.

L'*hémorrhagie* peut exiger une opération. Watkins a pu arrêter une hémorrhagie, avec une irrigation d'eau sublimée à 46°.

Dans la *septicémie* les purgations sont l'ancre de salut; la nature nous donne l'indication de la voie d'élimination, par la diarrhée ; le calomel est le meilleur purgatif, dans ce cas. Watkins recommande aussi le sel de la Rochelle, et les lavements de sulfate de magnésie, qui lui ont donné des résultats remarquables.

Il faut maintenir les émonctoires en action.

A. Cordes.

De l'extirpation par voie abdominale de l'utérus myomateux ; traitement rétro-péritonéal du pédicule. (Zur Exstirpatio uteri myomatosi abdominalis, die retroperitoneale Stielversorgung), H. Chrobak. *Cent. f. Gyn.*, 1891, no 35, p. 713.

La question du traitement extra-péritonéal et intra-péritonéal du pédicule utérin après l'hystérectomie, n'est pas encore définitivement résolue. L'auteur s'en est déjà occupé dans un article intéressant (1). Il la reprend aujourd'hui, pour insister plus particulièrement sur deux points essentiels de la méthode qu'il a imaginée.

En l'espace de 9 mois, il a pratiqué 17 fois l'extirpation de l'utérus par l'abdomen pour des myômes de cet organe. Tous les 17

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1891, no 11, p. 169.

cas ont guéri. Chez 15 des opérées, la marche de la guérison ne fut pas troublée par le moindre accident, et le séjour des malades à l'hôpital varia de 17 à 28 jours. Deux fois, la guérison fut retardée par la formation d'un abcès paramétritique, qui, d'ailleurs, évolua presque sans fièvre et s'ouvrit spontanément dans le vagin.

Bien qu'il soit très loin de la pensée de l'auteur de prétendre que la méthode convienne pour tous les cas, il croit néanmoins qu'il est autorisé par les résultats précédents à repousser les nombreuses objections qui lui ont été faites par un si grand nombre d'auteurs et en particulier par Brennecke. Il serait injuste de passer délibérément condamnation sur une méthode opératoire qui a permis de mener si simplement à la guérison 17 cas de fibromes, et Chrobak fait remarquer qu'il n'a pas fait de sélection, qu'il a opéré les cas les plus difficiles, les plus compliqués.

Des objections soulevées, il en admet une : que *l'opération peut être difficile pour le chirurgien.* Elle n'est pas à la portée du chirurgien qui ne possède pas une certaine dextérité technique et de la patience. Envisagée au point de vue des malades, l'auteur est convaincu que cette méthode opératoire, sous la réserve qu'il ne soit point commis de faute de technique, n'est pas plus importante ni plus grave que tout autre laparotomie de durée moyenne.

D'autre part, il tient pour extrêmement important, et pour très difficile à réaliser en certains cas, la désinfection absolue du col et du vagin. Et c'est sur cette considération que sont basées l'indication et l'emploi du procédé qu'il va décrire.

Chrobak est persuadé que, dans l'hystérectomie abdominale totale, *il est extrêmement avantageux de tailler méthodiquement deux lambeaux aux dépens du revêtement péritonéal de l'utérus ou de la tumeur utérine.* On procède à la dissection de ces lambeaux après la section des ligaments, c'est-à-dire avant l'application du lien constricteur. Le décollement de la séreuse n'est pas toujours facile et, en général, réussit mieux sur une face de l'utérus ou de la tumeur que sur l'autre.

Il importe beaucoup, quelle que soit la tension du péritoine, que les lambeaux soient inégaux pour que dans l'occlusion de la cavité péritonéale il soit possible de mettre en contact de larges surfaces. Il importe également, pour d'autres raisons, que les lambeaux taillés soient inégaux.

Lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir, avant l'opération, une

désinfection rigoureuse du col et du vagin, l'auteur considère l'extirpation totale comme contre-indiquée, et utilise la portion la plus inférieure du col pour assurer l'occlusion du vagin. Ce petit moignon cervical est destiné à être recouvert par les lambeaux réunis.

Technique opératoire : Incision abdominale, traction en dehors de la tumeur, traitement des ligaments larges comme dans l'hystérectomie totale, section et dissection des lambeaux dont l'un est beaucoup plus étendu que l'autre (pour que la ligne de suture des lambeaux se trouve bien en delà ou en deçà de la ligne de suture du moignon cervical, et par là obtenir une sécurité plus grande contre le passage des liquides exsudés au niveau de la plaie utérine ou des liquides, substances et agents nocifs contenus dans la cavité cervico-vaginale), application du lien élastique, ou, quand la tumeur le permet, ligature profonde des artères utérines tout près des culs-de-sac vaginaux ; section du col environ 1/2-1 centim. au-dessus de l'insertion du vagin ; cautérisation énergique du canal cervical avec le Paquelin et de la surface de section, suture du col (1) au moyen de quelques ligatures antéro-postérieures. Suture du péritoine pelvien. Sur les côtés, les moignons des ligatures des ligaments sont recouverts par le péritoine au moyen d'une suture séro-séreuse ; enfin, on suture les lambeaux séreux au-dessus du pédicule abandonné.

Il est facile de voir, par le détail de la méthode, qu'il s'agit là d'un *traitement extra-péritonéal et rétro-péritonéal* du pédicule.

R. L.

De la ligature élastique (Il laccio elastico), par MARTINETTI. *Annali di ost. e ginec.* Firenze, déc. 1889, p. 515.

Martinetti recommande ce mode de ligature dans l'amputation sus-vaginale de l'utérus pour myômes et dans l'amputation utéro-ovarienne. Il rappelle de nombreuses expériences qu'il a faites chez des lapins et qui lui ont donné de très bons résultats quand le lacs est solide et aseptique.

P. MAUCLAIRE.

---

(1) Quand le drainage est jugé nécessaire, la technique opératoire subit quelques modifications. Mais les deux conditions essentielles de la méthode : *dissection de deux lambeaux séreux*, et *non juxtaposition de la suture des deux lambeaux et de la suture cervicale*, sont intégralement maintenues.

VARIA

Un cas de tumeur du petit bassin traitée par la galvano-puncture ; guérison. (A case of pelvic tumour treated by galvano-puncture : cured), par J. INGLIS PARSONS. *British med. Journ.*, 13 avril 1889, p. 824.

Malade de 44 ans, mariée, portant entre la vessie et l'utérus une tumeur du volume d'une tête de fœtus, dépassant le pubis, refoulant la paroi antérieure du vagin, mais libre de toute connexion avec l'utérus. Dans l'espace de deux mois et demi la malade fut soumise à 28 séances d'électro-puncture : deux aiguilles de platine reliées au pôle positif étaient enfoncées dans la tumeur à travers la paroi antérieure du vagin ; une large électrode placée sur l'abdomen communiquait avec le pôle négatif. La durée de chaque séance était de 20 ou 30 minutes et l'intensité du courant variait de 100 à 150 milliampères ; à la suite, pansement vaginal antiseptique. Un an après la tumeur avait diminué des 2/3 et les signes fonctionnels avaient disparu.

L'auteur insiste sur la nécessité d'isoler le corps de l'aiguille et de ne laisser libre que l'extrémité qui sera enfoncée dans la tumeur ; la portion de muqueuse vaginale en contact avec l'aiguille ne sera pas détruite ; l'occlusion sera très rapide et les chances d'infection diminuées.

P. N.

Sur le passage de la morphine dans le lait de la femme. (Sul passagio della morphina nel latte della donna), par PINZANI. *Ann. di ginec. e ostetric.* Milano, 1890, p. 57.

Tarnier et Chantreuil avaient obtenu chez les animaux des résultats contradictoires. Pinzani expérimentant chez des nourrices, conclut que la morphine prise à dose thérapeutique ne passe pas dans le lait à l'état de morphine et si elle y passe c'est en si faible quantité qu'elle ne détermine pas de trouble fonctionnel chez l'enfant.

P. MAUCLAIRE.

Sur l'élimination de l'antipyrine par la glande mammaire chez les nourrices. (Sulla eliminazione dell antipirina per la glando la mammaria nella donna lattante). PINZANI. *Ann. di ostetric. e ginec.* Milano, 1890, p. 58.

L'auteur avait remarqué des troubles gastro intestinaux chez des enfants dont les nourrices prenaient de l'antipyrine. Pinzani rappelle l'opinion de Roncaglia pour qui l'antipyrine administrée à une nourrice n'est pas nuisible pour l'enfant, et l'opinion de Tenin qui en retrouva à peine quelques traces dans le lait. Enfin Ross pensait que l'antipyrine diminue la sécrétion du lait.

De ses expériences, Pinzani conclut que l'antipyrine passe en faible quantité dans le lait dont elle ne diminue pas la sécrétion.

P. Mauclaire.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de l'inversion utérine par traction sur le cordon. Dr R. Belin, 1891. — Ce travail, dans lequel l'auteur étudie la pathogénie, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement (prophylactique et curatif) de l'accident en question, a pour point de départ un cas d'*inversion utérine complète post-partum*, due à des tractions intempestives exercées par une sage-femme sur le cordon. Le col était complètement retourné, et la masse de l'utérus et du placenta pendait à la vulve ; le placenta fut détaché cotylédon par cotylédon, ce qui fut extrêmement difficile, le délivre étant fortement adhérent. Puis des tentatives de réduction furent faites, elles échouèrent. L'accouchée fut envoyée à l'hôpital où elle expira quelques minutes après son arrivée.

En ce qui concerne le traitement des formes aiguës, l'auteur, suivant la pratique du reste généralement admise, donne la préférence à la réduction manuelle pratiquée avec douceur. Mais il importe de préciser avant l'intervention, s'il s'agit d'une inversion complète (col entièrement retourné) ou incomplète (la portion cervicale restant en totalité ou presque complètement dans ses rapports normaux). Dans cette seconde éventualité, comme il existe au niveau du pédicule deux cylindres emboîtés, l'un cervical, l'autre formé par la partie inversée, le mieux est de tenter la réduction à la façon de la réduction herniaire, c'est-à-dire, de faire rentrer le cylindre interne petit à petit dans la cavité cervicale non inversée, faisant parcourir ainsi en sens inverse à la portion de l'utérus inversée les diverses phases de l'inversion. Dans les cas d'inversion complète, la réduction par refoulement du fond est le procédé de choix.

Contre les formes chroniques, les procédés que l'auteur énu-

mère rapidement sont multiples : a) procédés de force (taxis manuel ou avec un instrument, débridement du col, réduction après laparotomie...) ; b) procédés de douceur (pessaire à air, colpeurynter, tamponnement à la gaze iodoformée....). Pour les formes rebelles, l'excision de la partie inversée est justifiée. R. L.

Du traitement général de la septicémie puerpérale, avec considérations spéciales sur trois cas observés à la « Konigl. und Universitats Frauenklinik » à Göttingen. (Die Allgemeinbehandlung der puerperalen Sepsis, etc) A. LORENZ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Grechen. *Gynæk. Studien und Erfahrungen*, Neuwied, 1891. — **Hirschfeld**. *Compendium der Frauenheilkunde für Studirende*, Leipz., 1891. — **Jones**. *Practal manual of diseases of women and uterine therapeutics ; for students and practitionners*, Lond., 1891. — **Löhlein**. *Gynækol. Tagesfragen*. Wiesbaden, 1891. — **Neuhaus**. *Gefahren der sexuellen od. Geschlechtskrankheiten*, München, 1891. — **Péan**. Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale. *Gaz. des hôp.*, 1891, n° 75, p. 689.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Caldwell**. Rectal medication in pelvic troubles. *Tr. South. Surg. and Gynec. Assoc.*, 1890, 308-313.— **Czempin**. Hydrastinin bei Gebarmutterblutungen. *Cent. f. Gyn.*, n° 45, p. 905. — **Edebohls (George-M.)**. A combined laparotomy and gynecological operating-table. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, II, 598. — **Falk**. Hydrastinin bei Gebarmütterblutungen. *Cent. f. Gyn.*, n° 49, p. 985. — **Féaux**. Noch ein Fall von Lähmung nach einer subkutanen Etherinjection. *Cent. f. Gyn.*, n° 46, p. 922. — **Glaeser**. Dermatol, Kein Ersatz für Iodoform. *Cent. f. Gyn.*, n° 40, p. 801. — **Herman (E. Hayd)**. The treatment of uterine hæmorrhage. *Med. Record*, N.-Y., 1891, vol. XL, n° 25, p. 731. — **Lefour**. Nouveau procédé de contention des tiges intra-utérines. *Gaz. de Gyn.*, Par., 1891, VI, 193 : 209. — **Lindblom**. Beobachtungen über Veranderlickeit in den weiblichen Beckenorganen. *Zeits. f. geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 85. — **Lorenz**. Drei Falle von Cocainintoxikation. *Cent. f. Gyn.*, n° 51, p. 1033. — **Madden (T. More)**. Endo-Uterine Therapeutics. *Prov. Med. Journ.*, Leicester, 1891, p. 258. — **Philipps (John)**. On rapid dilatation of the cervix and uterine cavity by Hegar's graduated Bougis. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1891, I, 1119. — **Pichevin**. Accident causé par une laminaire. Perforation incomplète de la paroi recto-vaginale. *Nouv.*

Arch. d'obst. et de gyn., n° 12, p. 592. — **Ter-Grigoriantz.** Ueber die Anwendung des Iodoformtannins bei flussigen Exsudaten und Bortannins bei Bluttungen. *Cent. f. Gyn.*, n° 46, p. 921. — **Trendelenburg.** Operationsstuhl zur Beckenhochlagerung. *Beitr. z. Klin. Chir.*, Tubing., 1891-2, VIII, 225-230. — **Winckel.** Ueber einige neue plastische Operationen an den weiblichen Sexualorganen. *München med. Wochschr.*, 1891, XXXVIII, 535-537.

VULVE, VAGIN. — **Cholmogoroff.** Ein fall von Heilung des Pruritus Vulvœ durch den konstanten Strom. *Cent. f. Gyn.*, Leipz., 1891, XV, 612-614. — **Forbes.** Case of acquired atresia hymenalis. *Australas Med. Gaz.*, Sydney, 1890-91, X, 268. — **Georgii.** *Ub. das Hœmatom der Vulva und Vagina.* In Diss., Tübingen, 1891. — **Giulini.** Saour der Vulva. *Cent. f. Gyn.*, n° 52, p. 1049. — **Larin.** Rétrécissement du vagin. *Gaz. Méd. de Montréal*, 1891, V, 296-302. — **Meyer.** Zur Aetiologie des Scheidenkrebses. *Zeits f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 179. — **Oliver.** Cancer of the vagina at the age of 26. *Liverpool M. Chir. J.*, 1891, XI, 272. — **Polacco.** Un caso di rottura del fornice vaginale posteriore con grave emorragia causata dal coito. *Annali di ost. e gyn.*, Milano, 1871, 29. — **Polaillon.** Enorme fibromyome de la grande lèvre; opération, guérison. *Gaz. méd. de Par.*, 1891, VIII, 377. — **Skutsch.** *Vulvovaginitis gonorrhoica bei kleinen Mädchen.* In Diss., Iéna, 1891.— **Strassmann.** Zur Kenntniss der Neubildungen der Scheide. *Cent. f. Gyn.*, n° 41, p. 825. — **Townsend.** A report of four cases of cancer of the clitoris where clitoridectomy was performed. *Tr. M. Soc. N.-Y.*, Phil., 1891, 317.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PÉRINÉORRHAPHIE. — **W. Alexander.** The reciprocal effects of pregnancy and parturition upon the operation of shortening the round ligaments of the uterus. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1891, I, 348. — **Chrysaphis.** *De la curabilité de la rétroversion utérine par la réduction et la contention mécanique sans opération sanglante.* Paris, 1891. — **Flaischlen.** Zur Ventrofixatio uteri. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 185. — **Hewitt Graily.** Offensive Leucorrhea associated with acute anteflexion. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1891, II, 188. — **Landfried.** *Ub. oper. Behandlung d. Prolapsus Uteri and Vaginæ.* Heidelberg, 1891. — **Lenerkahn.** *Ueber Descensus und Prolapsus Uteri in ätiologischer, symptomatologischer und therapeutischer Beziehung*, Munchen, 1891. — **Sancho Martin.** La laparohisteropexia en el descensó completo de la matriz. *Cron. med.*, Valencia, 1891, XIV, 353-365.— **Richmond.** Alexander's operation; cystitis. *Tr. M. Ass. Missouri Kansas City*, 1891, 28-30. — **Rochet.** Des prolapsus génitaux de la femme; traitement. *Province méd.*, Lyon, 1890, IV, 457-460; 1891, IV, 73-75. — **Strelin.** Ventrale Fixation als Mittel zur Hebung d. Prolapsus uteri. — **Treub.** Over retroflexio uteri. *Nederl. Tijdschr. v. Verloosk. en gynec.*, Haarlem, 1891, III, 23-46. — **Vineberg (H.-D.).** The treatment of retro-displacement of the uterus, with adhesion, by Brandt's method. *Med. Rec.*, N.-Y., 11 july 1891, p. 36. — **Zaramella.** Di un caso di gastroisteropexi per prolasso interino di 3° grado. *Stud. di ostet. e ginec.* Milano, 1890, 39-43.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Ashby.** Observation on the treatment of septic endometritis. *Maryland M. J.*, Balt., 1891, XXV, 831, 83. — **Dorsett.** Chancroid of the cervix uteri, dœsit occur?

Weekly M. Rev., St-Louis, 1891, XXIV, 121. — **Duke.** Note on the value of ignipuncture in the treatment of hypertrophied cervix uteri. *Lancet*, Lond., 1891, II, 611. — **Hart.** High amputation of the cervix. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 25 juillet 1891, XXVII, 114. — **Johnstone.** The microscope in chronic metritis. *Cincin. Lancet Clinic*, 1891, XXVII, 365-368. — **Kelly.** Purulent endometritis and resulting localised purulent peritonitis with secondary abcesses in the liver; no pyœmia. *Glasgow. M. J.*, 1891, XXXV, 456-458. — **Schmal.** L'anatomie pathologique de l'endométrium. *Arch. de tocol.*, Paris, 1891, XVIII, 385, 464, 534. — **Vaslin.** Trachélorrhaphie pour déchirure bilatérale du col, compliquée de brides cicatricielles. *Bullet. de la Soc. de méd. d'Angers*, 1891, 1er semestre, p. 51.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Arron.** Diagnostic et traitement des corps fibreux accompagnés d'inversion utérine. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1891, p. 1145. — **Batuaud (J.).** *Les hémorrhagies dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus; l'endométrite cause de ces hémorrhagies et leur traitement par le curettage.* Th. Paris, 1890-91. — **Berthault.** Etude sur les fibro-myômes fluctuants et hydrorrhéiques de l'utérus. *Méd. mod.*, Paris, 1891, II, 337; 360. — **Benckiser.** Ueber eine seltene Art von secundärem Carcinom des Uteruskörpers. *Zeits. f. geb. u. gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 337. — **Bonnet.** Parallèle des phénomènes consécutifs à l'énucléation par voie abdominale et à l'hystérectomie supra-vaginale dans certains cas de fibromes utérins. *Rev. obst. et ginéc.*, Paris, 1891, VII, 261-268. — **Carstens.** Vaginal hysterectomy for insanity. *Harper Hosp. Bull.*, Detroit, 1891-92, II, 11-13. — **Casati.** Nota clinica su di un caso di utero cameroso esportato per la via del sacro. *Raccoglitore Med.*, Forli, 1891, XI, 389-398. — **Chevrier.** Contribution à l'étude du traitement électrique des fibromyômes utérins par la méthode Apostoli. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, nº 10, 503, 542. — **Coe (Henry C.).** Adenoma uteri. *Am. J. of the med. Sc.*, Philad., 1891, II, 109. — **Cushing.** Vaginal hysterectomy for cancer. with reports of twenty one cases. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, 1890-91, IV, 455-460. — **Cuzzi.** Il laccio elastico nel trattamento intraperitoneal del peduncolo nelle laparomiomotomie. *Stud. di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 129-162. — **Dubrueil.** Hydropisie enkystée du péritoine; fibrome utérin sous-péritonéal, kyste papillaire de l'ovaire droit; papillome du péritoine; opération, mort. *Gaz. hebd. d. sc. méd. de Montpellier*, 1891, XIII, 373-375. — **Elischer.** Ueber Veranderungen der Schleimhaut des Uterus bei Carcinom der Portio vaginalis. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXII, Hft 1, p. 15. — **Gilliam.** Operative treatment of uterine cancer. *J. Gynec.*, Toledo, 1891, I, 286-292. — **Goullioud.** Hystérectomie pour cancer utérin et pour prolapsus; extirpation vaginale du pédicule dans l'hystérectomie abdominale. *Lyon méd.*, 1891, LXVII, 347; 389. — **Goullioud.** Hystérectomie abdominale suivie de l'extirpation vaginale du pédicule. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, nº 10, p. 743. — **Harsee.** Two cases of vaginal extirpation of the uterus for carcinoma; recovery. *Lancet*, Lond., 1891, I, 1429. — **Haynes.** Vaginal hysterectomy for epithelioma of the entire uterus; vaginal hysterectomy for adenoma of the uterus; description of a novel position for vaginal operations. *Intern. J. Surg.*, N.-Y., 1891, IV, 1888. — **Hofmokl.** Entfernung eines Kindskopfgrossen Fibromyom der vorderen Vaginalwand durch elastische Ligatur. *Wien. med. Presse*, 1891, XXXII, 1229-1233. — **Hörschelmann.** *Beitrag zur Casuistik der*

Myomotoma, Dorpat, 891. — **Jaboulay**. Enucléation par la laparotomie de 9 fibromes utér. interstitiels. *Lyon médical*, 15 nov. 1891. — **Kelly**. Cancer of the cervix uteri in the negress; physometra in the negress due to cancer; mania following operation; recovery. *Tr. South. Surg. and Gyn. Ass.*, 1890, Phil., 1891, III, 386-390. — **Kreuznach**. On the treatment of Fibroïds Tumours of the womb. *Edinb. m. J.*, novembre 1891, p. 447. — **Lamb (James)**. Uterine Fibroïds. *The Cincinnati Lancet Clinic.*, 22 août 1891, XXVII, 235. — **Layral**. Deux observations d'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus. *Loire méd.*, St-Etienne, 1891, X, 185-190. — **Mangiagalli**. Presentazione di uteri esportati per via vaginale con alcune considerazione del carcinoma uterino. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, 1891, p. 647. **Mason**. Note on the operative treatment of uterine cancer. *Dublin J. M. Sc.*, 1891, XCII, 194-198. — **Mac Ardle**. The treatment of the pedicle after myomectomy and hysterectomy. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1891, LII, 56. — **Montgomery**. Vaginal hysterectomy. *J. gynec.*, Toledo, 1891, I, 134-141. — **Nairne (Stuart)**. Study of the treatment of uterine tumours by electricity, by Dr Thomas Keith. *Prov. Med. Journ.*, Leicester, 1891, p. 217. — **Paton (Stewart)**. Some points in the anatomy and physiology of the uterus, with special reference to the adenoid character of the endometrium. *Med. Record*, N.Y., 1891, vol. 40, nº 26, p. 760. — **Petit**. Hystérectomie vaginale pour début d'épithélioma endométritique. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, nº 11, p. 565. — **Piaseski**. Contribution au traitement des fibromes utérins par la voie vaginale. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, nº 11 p. 529. — **Prochownick**. Ueber die Wirkung des constanten Stromes auf die Gebärmutter. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 72. — **Robb**. Cœliotomy for myoma of the uterus; hysteromyomectomy; infection by bacterium coli commune, *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, Bált., 1891, II, 133. — **Rosa**. An inquiry into our present knowledge of the progress of myomatous tumours. *Tr. Med. Soc. N. Y.*, Phil., 1891, 297-307. — **Schneck**. On the treatment of fibroids tumors of the womb by the injection of ergot into their substance. *Tr. Illinois M. Soc.*, Chicago, 1891, X LI, 338-340. — **Schwyzer**. Zur Anatomie der Lagenveränderungen des Uterus. *Zeit. f. Geb. u. Gyn; Arch. f. Gyn.*, Bd XLI, Hft. 1-2, p. 209. — **Spencer (H.-R.)**. Fibroïd polypus of Uterus. Death under Ether. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1891, II, 424. — **Lawson Tait**. The surgical treatment of uterine myoma. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1890, t. II, p. 1005. — **Termikaeljantz**. Sur les myômes de l'utérus durant la grossesse, et sur les diverses méthodes opératoires pendant la première moitié de la grossesse. *Vrach. St.-Petersb.*, 1891, XII, 472; 498. — **Wenning**. Vaginal hysterectomy for cancer; death from diphtheria of the sexual organs. *Cincin. Lancet. Clinic.*, 1891, N. S., XVII, 333. — **Winter**. Ueber die Schroeder'sche supravaginale Amputation bei Portiocarcinom. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 196. — **Zaborowski (Stan.)** *Quelques cas d'ablation de fibromes utérins pendant la grossesse.* Th. Paris, 1890-91, p. 232. — **Zweifel**. Ueber die intraperitoneale Stielbehandlung bei der Myomektomie. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLI, Hft 1 et 2, p. 62.

INFLAMMATIONS PÉRIU-TÉRINES; AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Accouci**. Sulla cura della parametrite suppurata. *Stud. di ostet. e gynec.*, Milano, 1890

335-345. — **Baldy**. The behavior and results of three cases of pelvic inflammatory disease. *Ann. Gync. and Pædiat.*, Phil., 1890 91, IV, 498-506. — **J. W. Ballantine**. The Histology and Pathology of the Fallopian tubes. *Brit. Med. Jour.*, Lond., 1891, I, p. 107, 168. — **Bell (Robert)**. The treatment of chronic disease of the uterine adnexa. *Prov. Med. Journ.*, Leicester, 1891, p. 277. — **Bell (Robert)**. Treatment of chronic disease of uterine adnexa. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1891, I, p. 992. — **Crofford**. How I have dealt with my last ten cases in which pus was found in the abdomen. *Daniel's Texas M. J.*, Austin, 1891-2, VII, 77-84. — **Dagot**. *De la nature de quelques hemato-salpinx*. Th. Paris, 1890-91, n° 249. — **Evans**. Report of a case of removal of pus tube complicated with pregnancy. *Ann. Gyn. and Pædiat.*, Phil., 1890-1, IV, 709-712. — **Forster** Open Fallopian tubes. *Homœop. J. Obst.*, N. Y., 1891, XIII, 406-409. — **Goullioud**. Débridement vaginal des collections pelviennes ; méthode du professeur Laroyenne. *Arch. de tocol. et de gyn.*, Paris, 1891, XVIII, 561-576. — **Hahusseau (Paul)**. *Des formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes*. Th. Paris, 1890-91, n° 248. — **Hooper**. Case of pelvic hæmatoma treated by abdominal section. *Brit. Gynec. J.*, Lond., 1891-2, VII, 51-57. — **Kletzsch**. A clinical report of two cases of removal of ovaries with intestinal lesions. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1891, XXIV, 931-935. — **Mercier**. Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale préliminaire *Union méd. du Canada*, Montréal, 1891, 337-344. — **Mickwitz**. *Ueber die anatomische und klinische Bedeutung der Stieltorsion ; ein casuistischer Beitrag zur Pathologie der Eierstocksgeschwülste*, Dorpat, 1891. — **Noble (Charles)**. Pelvic inflammation in women. *The American Lancet*, Detroit, Mich., juillet 1891, t. XV, 243. — **Noble**. Four cases of true pelvic abscess. *Med. News*, Phil., 1891, LIX, 237. — **L. Pérignon**. Péri-ovario-salpingite suppurée d'origine puerpérale ; état septique prolongé. Laparotomie, guérison. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 6 nov. 1891. — **Petit**. Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, n° 10, p. 488. — **Polk**. A report upon certain operations designed to preserve the uterine appendages. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1891, XXIV, 1039-1062. — **Reclus**. De la pelvi-péritonite. *Semaine méd.*, Paris, 1891, XI, 281-283. — **Skene (Alex.-J.-C.)**. The pathology and treatment of chronic ovaritis. *The Boston Med. and Surg. Journ.*, 18 juin 1891, CXXIV, 597. — **Smith**. Pelvic abscess proving to be a case of pyosalpinx with tubercular deposit. *Brit. Gynec. J.*, Lond., 1891-2, VII, 31-42. — **Strong**. Laparotomy verifying the diagnosis of pelvic cellulitis. *Boston Med. and Surg. Journal*, 9 juillet 1891, CXXV, 32. — **Gaillard (L.-Thomas)**. Conservative surgery applied to the ovary. *Med. Record*, N. Y., 1891, vol. 40, n° 25, p. 729. — **Walker**. Salpingitis. *J. Am. Ass.*, Chicago, 1891, XXII, 264-266. — **Williams (J.-Whitridge)**. Contrib. to the normal and pathology of the Fallopian tubes. *Am. J. of Med. Sc.*, Phil., 1991, II, 377.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE. — **Buchanan**. Ovariotomy, performed for the third time in the same patient. *Brit. M. J.*, Lond., 1891, II, 118. — **Bull**. Ovariotomy for cystic tumor. The radical operation for cancer of the Breast. *Medical News*, Philadelphia, 20 juin 1891, t. LVIII, p. 692. — **Butler Smythe**. Dermoid tumour of the right ovary causing retention of urine ; ovariotomy. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1890, t. II, p. 1007. — **Ferguson**. Large extra-peri-

toneal Polycystic ovarian Tumour completely removed by abdominal section without opening into the peritoneal cavity. *Edinb. M. J.*, novembre 1891, p. 423. — **Fenton**. Removal of parovarian cyst; hemiplegia seventh day from operation. *Brit. Gynæc. J.*, Lond., 1891-2, VII, 71-76. — **Fink**. A case of ovarian tumour, operation, recovery. *Indian M. Gaz.*, Calcutta, 1891, XXVI, 234, 237. — **Hanks**. Malignant growth starting in an ovarian cyst. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1891, XXIV, 941-944. — **Kollock**. Intra-ligamentous ovarian cystoma. *Tr. South. Surg. and Gynec. Ass.*, 1890, Phil., 1891, III, 369-375. — **Mackensie**. Ovarian tumour with chronic peritonitis and ascite. *St-Thomas's Hops. Rep.*, 1889-90, Lond., 1891, XIX, 353. — **Oliver**. Dermoïd of left ovary; epithelial cancer unvading the cyst wall and portions of the gut adherent to the tumour; secondary nodule in the liver. *Liverpool M. Chir. J.*, XI, 266-268. — **Oliver**. Dermoïd of right ovary; twisting of pedicle; urgent symptoms. *Liverpool M. Chir. J.*, 1891, XI, 269. — **Oliver (James)**. Ovarian cyst in a woman aged fifty-five, who had never menstruated until probably the cystic change has begun in the ovary. *Lancet*, London, 1891, I, 1310. — **Porter**. A case of sarcoma of ovary; operation, recovery. *Med. News*, Phil., 1891, LIX, 294-296. — **Reed**. Large intra-ligamentary cyst; abdominal section; recovery. *Cincin. Lancet Clinic.*, 1891, XXVIII, 369. — **Rosinski**. *Zur Casuisik der Spontanperforation v. Ovarialkysten in die Peritonealhöhle.* Diss. inaug., Breslau, 1891. — **Strassmann**. Zur Kenntniss der Ovarialtumoren mit gallertigenn Inhalt nebst Untersuchungen über Peritonitis pseudomyxomatoso. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 308. — **Tausini**. Cisti voluminosa del legamento largo; estirpazione, guarizione. *Rassegna di sc. med.*, Modena, 1891, VI, 248.

ORGANES URINAIRES. — **Bagot**. Completa or annular prolapse of the urethral mucous membrane. *Dubl. J. M. Sc.*, 1891, XCII, 204-207. — **Bardenheuer**. Verschluss grosser Vesico-Vaginalfisteln durch Transplantation der Blasenwand. *Arch. f. Klin. Chir.*, Berl., 1891, XIII, 362-364. — **Campbell**. Vesico-vaginal fistula, with forme aberrant cases, illustrating the causes of leakage after successful closure of the fistula; vesical calculi in connection with fistula; uretero-vaginal fistula. *Tr. South. Surg. and Gynec. Ass.*, 1890, Phil., 1891, III, 163-189. — **F. C. Coley**. Prolapse of the Urethra in female Children. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1890, t. II, p. 1007. — **Eliot**. Spasmodic stricture of the urethra following labor. *J. Gynec.*, Toledo, 1891, I, 142-144. — **Otto v. Herff**. Zur Behandlung der Blasengebärmutterfisteln. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 1. — **Ingraham**. The purse-string operation for cystocele. *Med. News*, Phil., 1891, LIX, 266-268. — **Kleinwächter**. Der Prolaps der weiblichen Urethra. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 40. — **Martin**. Urethral caruncle. *Birmingh. M. Rev.*, 1891, XXX, 146-154. — **Reamy**. Removal of a stone weighing 365 grains by vaginal cystotomy, from the bladder of a child six years of age; ureter injured; operation for closing the bladder difficult, but ultimately successfull. *Tr. South. Surg. and Gyn. Ass.*, 1890, Phil., 1891, III, 198-203. — **Roberts**. Vesical calculi in the female removed through the urethra *Tr. Sout. Surg. and Gyn. Ass.*, 1890, 209-214. — **Weissgerber**. Ein Pessarium gegen Incontinentia urinæ älterer Frauen. *Deutsch Med. Ztg.*, Berl., 1891, XII, 661.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Angelini**. Sulla tuberculosi degli organi genitali femminoli. *Riv. clin.*, Milano, 1891, XXX, 166-176.

— **Batchelor**. Notes on series of 100 cases of abdominal surgery. *Australas, M. Gaz.*, Sydney, 1890-91, X, 256-261. — **Besselmann**. Beitrag zur retroperitonealen Stielversorgung. *Cent. f. Gyn.*, n° 47, p. 938. — **Druce (David) et Stevenson**. A new method of injecting fluids into the peritoneal cavity of experimental animals. *Brit. Med. Journ.*, Londres, 1891, I, 1224. — **Cullingworth**. Abdominal section including ovariotomy. *St-Thomas's Hosp. Rep.*, 1889-90, Londres, 1891, XIX, 145-190. — **Davis**. Operative procedure in acute general suppurative peritonitis. *Tr. M. Soc. N.-Y.*, Phil., 1891, 261-270. — **Elder**. Tubercular peritonitis and its treatment by abdominal section. *Prov. M. J.*, Leicester, 1891, X, 322-324. — **Rufus B. Hall**. What cases should be drained after abdominal section. *Med. Rec.* N.-Y., 1891, vol. 40, n° 24, p. 708. — **Jacobs**. Notes cliniques et opératoires sur une seconde série de cinquante laparotomies. *Arch. de tocol.*, n° 10, p. 728. — **Malcolm**. On some complicated cases of abdominal section. *Lancet*, Lond., 1891, II, 119; 168. — **Mayne**. Three cases of abdominal section; recovery. *Lancet*, Lond., 1891, I, 771. — **Noble**. Abdominal surgery at the Kensington Hospital for women. *Medical Age Detroit*, Michigan, 10 juin 1891, t. IX, p. 321. — **Oliver**. Ascites in consequence of malignant disease of the omentum and both ovaries. *Liverpool M. Chir. J.*, 1891, XI, 268. — **Page (Fr.)**. Large extraperitoneal Dermoid cyst successfully removed through an incision across the Perineum, Midway between the Anus and the Coccyx. *Brit. Med. Journ.*, Lond, 1891, 406. — **Podbielski**. Contribution à l'étude de la tuberculose des organes génitaux de la femme. *Vrach*, St-Pétersb., 1891, XII, 749; 762. — **Robinson (W.)**. Multiple multilocular Cysts of the Mesentery. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1891, I, 219. — **Pryor**. The prevention of ventral hernia after abdominal section. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, XL, 326. — **Schrank**. Ueber die Wichtigkeit und die Ausführung der mikroskopisch-bacteriologischen Untersuchung der Urogenitalsecrete der unter Controle stehenden Prostituerten. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1891, XXXVI, 309; 321. — **Underhill**. Operation for tubercular peritonitis; recovery. *Lancet*, Lond., 1891, II, 488. — **Wylié**. The surgical treatment of local and general peritonitis, with report of two cases of general peritonitis due to perforation successfully treated by free incisions, irrigation, and drainage. *Tr. N.-York Acad. M.*, 1891, VII, 1-14.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Budin et Crouzat**. De la délivrance. *Progr. méd.*, Paris, 1891, XIV, 97. — **Krahn**. *Ub. Zwillinge Geburten*. In dissert., Königsberg, 1891. — **Nach**. Case of spontaneous evolution. *Australas M. Gaz.*, Sydney, 1890-91, X, 625.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALE. — **Ahlfeld**. Beitrag zur Lehre von Uebergange der intrauterinen Athmung zur extrauterinen. *Beit. z. Physiol.*, Marb., 1891, 1. — **Blanc**. Toxicité urinaire chez la femme enceinte. *Lyon médical*, août 1891, p. 555. — **Dührssen**. Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri. *Zeit f. geb. u. gyn.*, Bd XLI, Hft 1-2, p. 259. — **Franke**. *Anat. phys. Atlas d. Menschen m. Berücksicht chir. u. geburtshilf. operationen*, Berlin, 1891. — **Gartner**. Versuch der praktischen Verwerthung des Nachweises von Eiterkokken

in Schweisse Septischer. *Cent. f. gyn.*, n° 40, p. 804. — **Hasse**. Die Wanderung des menschlichen Eies. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 406. — **Keilmann**. Zur Klärung der Cervisefrage. *Zeits. f. geb. u. gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 106. — **Klein**. Entwickelung und Ruckbildung der Decidua. *Zeits. f. geb. u. gyn.*, Bd XXVII, Hft 1, p. 247. — **Legay**. Régression normale des tissus utérins et organes après l'accouchement. Influence de l'allaitement. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1891, p. 557. — **Nagel**. Ueber die Lage des Uterus in menschlichen Embryo. *Arch. f. gyn.*, Bd XLI, Hft 1-2, p. 244. — **Pestalozza**. Studii anatomici e clinici sull' utero in gravidanza e in travaglio. *Stud. di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 163. — **Wolbach**. *Ub. Placenta accreta*. In Diss, Tubingen, 1891.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Campbell**. A plea for the freer use of the forceps in midwifery. *Liverpool M. Chir. J.*, 1891, XI, 307. — **Ingerslev**. *Die Geburtszange*, Stuttgart, 1891. — **Pichevein**. Sonde intra-utérine de Doléris modifiée. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, n° 12, p. 596.

DYSTOCIE. — **Civia**. Casistica ostetrica; procidenza dei due piedi con una presentazione di vertice in posizione O. I. S. A. *Riforma med.*, Napoli, 1891, VII, pt. 2, 794. — **Cree**. Intra-uterine hydrocephalus. *Ann. Gynæc. & Pædiat.*, Phil., 1890-91, 1, VI, 241. — **Curatulo**. Gravidanza in utero doppio didelphis e vagina septa; contributo allo studio della gravidanza e del parto nelle anomalie di sviluppo. *Riforma med.*, Napoli, 1891, VII, pt. 2, 337. — **Fedorow**. *Traitement du travail dans les bassins étroits*, Varshava, 1891. — **Ferruta**. Descrizione di un bacino transversalmente ristretto. *Stud. di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 45. — **Marquezy**. *Des difficultés du diagnostic des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus dans le travail de l'accouchement*. Th. de Paris, 1891. — **Pantaléo**. Sull' intervento ostetrico nelle stenosi della pelvi. *Atti d. r. Accad. d. sc. med. in Palermo*, 1891, 87.

GROSSESSE. — **Caviglia**. A proposito di un nuovo segno per lo diagnosi di morte del feto nell' utero. *Stud. di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 379. — **Ross**. Forecasting the sex of the child before birth. *Lancet*, Lond., 1891, II, 610.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Feuger**. The operative treatment of extra-uterine pregnancy at or near term. *Tr. Illinois M. Soc.*, Chicago, 1891, XLI, 288. — **Flothmann**. Laparatomie bei alter Extrauterinschwangerschaft m. Darmperforation. Heilung. *Frauenartz*, Neuwied, 1891. — **Hall**. Report of a case of extra-uterine pregnancy; rupture into the peritoneal cavity at abouth the fifth week; operation three wecks afterwards recovery. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1891, VII, 189. — **Hallidy Croom**. The diagnosis of Early extra-uterine gestation, with illustrative cases. *Edinb. M. J.*, octobre 1891, p. 321. — **Hughes**. The diagnosis and treatment of ectopic gestation. *J. Gynec.*, Toledo, 1891, I, 168. — **Ortega**. Fœtus gigantesque pesant 11,300 gr., long de 0,70 c. et large d'un acromion à l'autre de 19 centim. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, n° 10, p. 481. — **Pestalozza**. Un caso di migrazione interno; gravidanza tubarica; laparotomia; guarizione. *Riforma med.*, Napoli, 1891, VII, pt. 2, 782. — **Reed**. Indication for operation in ectopic pregnancy. *Tr. South. Surg. and Gynec. Ass.*, 1890, Phil., 1891, III, 110. — **Wiesel**. *Die Extrauterine Schwangerschaft und ihre Behandlung*. In. diss. Iena, 1891. — **Wyder**.

Beiträge zur. extrauterin Schwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLI, Hft 1-2, p. 153. — **Zmigrodzki**. De la grossesse extra-utérine au point de vue médico-légal. *Ann. d'Hyg.* Paris, 1891, XXVI, 152. — **Zweifel**. Ueber Extrauterinegravidität und retrouterine Hämatome. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLI, Hft 1 et 2, p. 1.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Bejan**. Grossesse gémellaire. Accouchement laborieux (administration intempestive du seigle ergoté); mort des deux fœtus. *Bulletin de la Soc. de Jassy*, mars 1891, p. 65.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Bidder**. *Inversio vesicæ urinariæ congenita.* Diss., Königsberg, 1891. — **Bonnaire**. Des inhalations d'oxygène chez les nouveau-nés. *Rev. obst. et gyn.*, 1891, VII, 269. — **Oui**. Un cas de céphalœmatome triple. *Arch. de tocol.*, n° 10, p. 721. — **Schlegel (J.)**. *Zur Casuistik d. angeb. Darmveischlusses u. d. fœtalen Peritonitis.* Inaug. Diss. Bern, 1891. — **Scialdoni**. Un caso di duplicita congenita della vagina con utero a doppio collo. *Giornale delle Sc. med.*, 1891, p. 535. — **Turrazza**. Sulla infezione ombelicale dei neonati. *Giorn. p. le levatrici*, Milano, 1891, V, 33; 44. — **Varnier**. Abcès multiples des nourrissons. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, novembre 1891, p. 339; 362. — **Villa**. Un caso d'acondroplasia o del cosi detto rachitismo micromelico sidramnios a rapido sviluppo. *Annali di ostet. e ginec.*, 1891, p. 653. — **Witzl**. Ueber Entstehung des sogenannten angeborenen muskularën Schiefhalses. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLI, Hft 1-2, p. 124. — **Zeutler**. *Des rapports du poids du fœtus au poids du placenta.* Th. de Paris, 1891.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Batchelor**. Cæsarean section. *Australas M. Gaz.*, Sydney, 1890-91, X, 259. — **Bossi**. Etude expérimentale sur la reproduction de la muqueuse utérine et sur l'application de la pâte de Canquoin dans la cavité utérine. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, n° 12, p. 577. — **Bonnaire**. Sur la dilatation artificielle du col de l'utérus dans l'accouchement; l'écarteur utérin Tarnier. *Arch. de tocol. et de gyn.*, n° 18, p. 764. — **Burroughs**. Cæsarean section. *Tr. Texas M. Ass.*, Galveston, 1891, XXIII, 177. — **Calderini**. Del parto prematuro artificialmente provocato in Italia : indicazioni e metodi. *Stud. di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 55. — **Campbell**. Successful case of Tait-Porro's operation in private practice. *Lancet*, Lond., 1891, II, 289. — **Doléris**. De la thèrapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, n° 12, p. 600. — **Ferrari**. Due operazioni cesarea (metodo conservativo). *Studi di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 27. — **Fraenkel**. Ueber Kaiserschnittmethoden. *Deutsch m. Wchschr.*, Leipz., 1891, XVII, 1011. — **Harris (Robert P.)**. The possible results of cæsarean delivery. *Am. J. Med. Sc.*, Philad., 1891, II, 371. — **Kehrer**. *Lehrbuch der operativen Geburtshulfe.* Stuttgart, 1891. — **Price's**. Porro's operation. *Ann. gynæc. and Pæd.*, Phil., 1890-91, IV, 683. — **Price**. Supra vaginal extra-peritoneal hysterectomy including the Porro operation. *Medical News*, Philadelphia, 15 août 1891, t. LIX, p. 183. — **Pugliatti**. Una operazione cesarea seguita l'amputazione utero-ovarica (methodo Porro). *Annali di ost. et ginec.*, Milano, 1891, p. 635. — **Sangregorio**. Taglio cesareo con amputazione utero ovarico per grave vizatura pelvica da osteomalacia. *Giorn. p. le levatrici*, Milano, 1891, V, 89.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Anderson.** Post-partum hæmorrhage, an extraordinary case. *Austral. M. J.*, Melbourne, 1891, XIII, 302. — **Börner.** The etiology and therapy of weak labor in primiparae of advanced age. *Med. and Surg. Reporter*, Phil., 1891, LXIV, 647-650. — **Barnes.** A case of hydatid tumours of the omentum complicated by pregnancy with placenta prævia. *Prov. M. J.*, Leicester, 1891, X, 328. — **Baxter.** Miscarriages; hnits as to their prevention; management when unavoidable. *Tr. Illinois M. Soc.*, Chicago, 1891, XLI, 313. — **Byers.** Puerperal fever, ist nature, prevention and treatment. *Dubl. J. M. Sc.*, 1891, XCI, 410, 473. — **Cholmogoroff.** Avortement manqné. *Vrach, St-Petersb.*, 1891, XII, 614. — **Cioja.** Contributo alla studio della patogenesi della nefrite gravido e dell' eclampsia. *Studi di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 323. — **Czempin.** Ueber secundäre Uterusblutungen. *Deutsch. med. Wchschr.*, Leipzig, 1891, XVII, 1036. — **Duming.** Vesicular mole complicated by placenta prævia. *Ann. gynæc. and Pædiat.*, Phil., 1890-91, IV, 671. — **Eager.** A case of adherent placenta. *Ann. gynæc. et Pæd.*, Phil., 1891-91, IV, 729. — **Fermini.** Le malattie cutanee della gravide. *Giorn. p. le levatrici*, Milano, 1891, V, 17, 26. — **Feuger.** Ovariotomy during pregnancy. *Am. J. obst.*, n° 7, 1891, XXIV, 1097-1107. — **Gallia.** Contributo alla eziologia dell' osteomalacia; nota statistica. *Stud. di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 354. — **Hartill.** Labour complicated by cyst of large size in vagina. *Birming. M. Rev.*, 1891, XXX, 103. — **Herff.** Zur Frage der hohen Collumexcision bei Carcinom und der ferneren Verhaltens des Uterus nach eingetretener Schwangerschaft. *Cent. f. gyn.*, n° 50, p. 1010. — **Huber.** *Ueber Chorion retention. Ursache und Behandlung derselben*, Bâle. — **Kopetsch.** 40 *Falle v. Eclampsia aus d. königl. gynæk. Klinik zu Königsberg.* In Diss., Königsberg, 1891. — **Lamadrid.** A case of retained placenta twenty-two days after a miscarriage of a four months fœtus. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, II, 570. — **Lutz.** Confinement closely following erysipelas. *St-Louis clinique*, 1891, IV, 311. — **Lyncker.** Ueber das Vorkommen und Entstehung wirklicher, echter Nabelschnurungschlingen und deren Tragweite. *Deutsch. M. Ztg.*, Berl., 1891, XII, 649.— **Maher.** Atony of the lower segment of the uterus. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, XL, 282. — **Mann.** Pneumonia during pregnancy. *Lancet*, Lond., 1891, II, 610.— **Meola.** La ritenzione della placenta. *Giorn. internaz. delle Sc. Med.*, juillet 1891, p. 482. — **O'Brien.** Stricture of the vagina; it obstructs labor; results in an extensive recto-vaginal fistula; successful operation therefor. *Tr. Texas M. Ass.*, Galveston, 1891, XXIII, 225. — **Ortega.** Ruttura spontanea dell' utero al parto. *Atti d. r. Accad. d. sc. med. in Palermo*, 1891, 102. — **Reid et Coats.** Whithe infarctus of the placenta. *Glasgow M. J.*, 1891, XXXV, 464. — **Piering.** Ein Fall von seltener geburtsverletzung. *Cent. f. Gyn.*, n° 48, p. 961. — **Porak.** Opération césarienne avec succès opératoire dans le cancer du col de l'utérus. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, n° 11, p. 569. — **Remy.** Grossesse et maladies du cœur. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1891, XXIII, 417. — **Sautwoord.** The pathology of the eclampsia and albuminuria of pregnancy. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, XL, 197. — **Slechta.** Ueber Uterusrupturen. *Frauenarzt*, Berl., 1891, VI, 250; 295. — **Ter-Grigoriantz.** Ein Fall von Amenorrhoë mit Kopfschwindel bei Zuruckblechen von Eihauttheilen., *Cent. f. Gyn.*, n° 46, p. 922. — **Tracou.** Quelques considérations sur le prolapsus de l'utérus gravide. *Arch. de tocol.*, n° 10, p. 755.— **Truzzi.** Ancora mi resultati della moderna terapia chirurgica in

casi di osteomalacia e nell' indole di vale affezione morbosa. *Anal. de ost. gynec.*, Milano, sept. 1891, p. 602 — **Varnier**. Paludisme et puerpéralité. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, décembre 1891, p. 353. — **Varnier**. Lymphangites et abcès du sein chez les nourrices. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, octobre 1891, p. 289 ; 321. — **Villa**. Idramnios acuto. *Annal. di ost. et ginec.*, Milano, 1891, p. 557. — **Walthard (M.)**. *Ub. d. Symptomat. bei Retroversio Uteri gravidi.* Inaug. Diss., Bern., 1891. **Wardner**. Ruptured uterus ; operation and amputation of a section intestine ; a unique case. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1891, XVII, 190. — — **Wilson**. Uterine moles and their treatment. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phil., 1890-91, IV, 469.

TÉRATOLOGIE ET ANOMALIES CONGÉNITALES. — **Lange**. *Hernia funiculi umblicalis m. Hydrocephalus u. Gaumenspalte.* In Diss., Königsberg, 1891. — **Schulz**. *Spinn bifida u. Myelo-meningocele.* In. Diss., Könisberg, 1891.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Abbott (G. E.)**. A plea for fall mechanical dilatation of the parturient canal before obstetrical or gynecological operations. *Med. Record*, N.-Y., t. XL, n° 22, p. 648. — **Bennett**. How to prevent afterpains. *Tr. Texas M. Ass.*, Galveston, 1891, XXIII, 167. — **Dubost**. *Contribution à l'étude du traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérale.* Th. de Paris, 1891. — **Fritsch**. Zur Behandlung frischer puerperale Exsudate. *Frauenarzt*, Berlin, 1891, VI, 291. — **Fürst**. Ein neuer Beitrag zur intrauterinen Antisepsis nach Geburten. *Wien. klin. Wchschr.*, 1891, IV, 549. — **Getten**. *Les injections intra-utérines chez les nouvelles accouchées.* Th. de Paris, 1891. — **Martin**. The treatment of lingering cases of abortion. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1891, LI, 428-430. — **Mynlieff**. Zur Therapie bei Albuminurie und Nephritis der Schwangeren. *Frauenarzt.*, Berl., 1891, VI, 347. — **Petroff**. Curetting uterus in the post partum period. *Wrach*, St-Petersb., 1891. XII, 529. — **Routh**. The treatment of the severe vomiting of pregnancy. *Med. Press and Circ.*, Lond., 1891, LII, 151. — **Ter-Grigoriantz**. Beiträge zur Abortbehandlung. *Cent. f. Gyn.*, n° 43 p. 865.

VARIA. — **Beaucamp**. — *Die Pflege der Wöchnerinn und Neugborenen*, Bonn, 1891. — **Mc Cabey**. Two avoidable causes of stillbirths. *Med. News*, 1891, LIX, 213. — **Runge**. *Lehrbuch d. Geburtshülfe*, 504 p., Berlin, 1891. — **Runge**. Mittheilungen aus der Göttinger Frauenklinik. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLI, Hft. 1-2, p. 86. — **Saenger**. Ueber Schwangerschaft nach konservatiner Ventro-fixatio uteri retroflexi. *Cent. f. Gyn.*, n° 44, p. 881. — **Schücking**. Schwangerschaft und vaginale Ligatur. *Cent. f. Gyn.*, n° 49, p. 985. — **Spiegelberg**. *Lehrbuch des Geburtshilfe*, 3, Aufl. bearb. v. MAX WIENER, 858 p., Lahr, 1891. — **Wolff**. Mütterlicher Einfluss. *Cent. f. Gyn.*, n° 48, p. 964.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

MAISON D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE.
CLINIQUE DE LA FACULTÉ

Professeur **A. Pinard.**

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

A l'heure actuelle, lorsque nous nous trouvons en présence d'une femme en travail ayant un rétrécissement du bassin, et que nous avons constaté soit par le seul palper mensurateur, soit après l'emploi infructueux du forceps, l'impossibilité de l'expulsion ou de l'extraction du fœtus par les voies naturelles, nous sommes réduits à choisir, pour délivrer cette femme, entre les deux moyens suivants : ou broyer la tête et terminer l'accouchement par les voies naturelles, ou pratiquer l'opération césarienne.

Quand l'enfant est mort, la situation est nette. L'indication du broiement est formelle, acceptée par tous et, grâce au basiotribe, ce merveilleux instrument dont nous sommes redevables à M. Tarnier, l'embryotomie céphalique se fait avec autant de facilité que de sécurité. Tous ceux qui ont manié ou vu manier le basiotribe, m'accorderont que la basiotripsie est une opération souvent plus facile qu'une appli-

cation de forceps régulière au détroit supérieur, et que le pronostic pour la mère en est tout aussi favorable. Les résultats que j'ai publiés en 1887 (1), ceux que j'ai pu enregistrer depuis cette époque, ne me laissent aucun doute à ce sujet.

Notre situation est tout autre quand l'enfant est vivant. Le broiement est discutable et très discuté par les partisans de l'opération césarienne. Tandis que, s'appuyant sur les résultats de la basiotripsie, les accoucheurs français, à peu d'exception près, sacrifient l'enfant dans tous les cas pour sauver la mère, un grand nombre d'accoucheurs étrangers se prononcent pour l'opération césarienne, lorsque *la situation n'a pas été compromise* par des tentatives d'extraction par les voies naturelles.

Quels sont les résultats de ces différentes manières d'agir.

Sur 50 femmes saines chez lesquelles on pratique la basiotripsie, l'enfant étant vivant, nous avons :

Femmes guéries..................	50
Enfants sacrifiés..................	50

Sur 28 femmes saines chez lesquelles on pratique l'opération césarienne nous avons, d'après la statistique la plus favorable, celle de Léopold (jusqu'en 1890).

Femmes guéries.	25	Mortes..	3
Enfants sauvés..	28		

Ainsi, aujourd'hui encore, malgré les progrès considérables réalisés depuis quinze ans, en présence du cas que je vous ai signalé au début de cet entretien, nous sommes réduits soit à pratiquer une opération qui sauve la mère aussi sûrement qu'elle tue l'enfant, soit à pratiquer une opération qui sauve l'enfant en compromettant la vie de la mère.

Resterons-nous toujours en face de cettte cruelle alternative ? Serons-nous longtemps encore condamnés à ce supplice, qu'il faut avoir enduré pour savoir ce qu'il est, de tuer des enfants bien portants ou de faire courir à la mère les dangers encore redoutables de l'opération césarienne ?

---

(1) *Union Médicale*, 1887.



J'espère que non, Messieurs ; je crois que cette fatalité peut disparaître grâce à une opération, la Symphyséotomie, imaginée en 1768 par un de nos compatriotes, étudiant en chirurgie, Sigault, qui la pratiqua pour la première fois et avec succès en 1777 sur la femme d'un soldat du guet nommé Souchot.

Cela vous étonne, je le comprends ; et vous vous demandez sans doute pourquoi je fonde aujourd'hui de si grandes espérances sur le réveil d'une opération que certains d'entre vous savent délaissée depuis si longtemps, et dont les autres ignorent presque le nom.

C'est, Messieurs, ce que je désire vous exposer aujourd'hui.

Bien que je ne veuille ni ne puisse vous faire ici l'historique complet de la section de la symphyse du pubis, il m'est impossible de ne pas vous en rappeler les grands traits, car c'est seulement ainsi que j'espère vous faire comprendre les causes de la grandeur, de la décadence et de la résurrection de cette opération.

Ainsi que je vous le disais il y a un instant, c'est à Sigault que revient le mérite de la conception et de l'application de la symphyséotomie et nullement, comme on a cherché à l'insinuer, à Séverin Pineau.

Mal accueillie dès le début (1768) par l'Académie de chirurgie, mais pratiquée avec succès par son auteur en 1777, l'opération nouvelle eut bientôt un immense retentissement et provoqua un enthousiasme extraordinaire. La Faculté de médecine ne crut pas trop récompenser, en faisant graver une médaille en son honneur, Sigault qui fut considéré par bien des gens comme un bienfaiteur de l'humanité. Comme toujours quand on préconise une opération nouvelle, les cas prétendus justiciables de la symphyséotomie se multiplièrent à l'envie à Paris, dans les provinces et à l'étranger. Mais bientôt une réaction se produisit et l'on put assister à une lutte ardente entre les symphysiens et les césariens, lutte à laquelle prirent part les accoucheurs de tous les pays.

Parmi les adversaires acharnés de la symphyséotomie j'ai le regret d'être obligé de vous citer, en première ligne, Baudelocque. Ayant, en 1776, soutenu une thèse dans laquelle il se prononçait contre l'opération de Sigault, il ne voulut jamais revenir sur ce premier jugement. Peut-être est-ce la cause de sa persistance dans ce que je considère, moi, comme une erreur. Quoi qu'il en soit, Baudelocque qui avait cependant fait de nombreuses expériences cadavériques et des remarques très judicieuses en vint à dire, en résumé, que quand les femmes opérées de symphyséotomie mouraient, c'était incontestablement l'opération seule qu'il fallait incriminer ; qu'on trouvait à l'autopsie des lésions aussi nombreuses qu'effroyables, telles qu'un médecin, ce pauvre M. de Mathiis, assistant à l'autopsie d'une de ses opérées « à la vue de tant de désordres fut tellement ému qu'il s'en trouva mal et tomba en syncope ». Quant aux femmes guéries, peut être quelques-unes, dit Baudelocque, n'ont-elles pas été opérées ; et pour celles chez qui il ne peut nier l'opération, il affirme qu'elles ont été opérées inutilement. L'accouchement aurait eu lieu spontanément comme en témoignent les signes d'immaturité des enfants.

Bref, l'opération recommandée par Sigault ne peut donner de bons résultats puisque, d'après ses expériences, Baudelocque affirme que les symphyses sacro-iliaques se déchirent pour un écartement des os pubis de moins de deux pouces et demi et que malgré cet écartement l'augmentation des diamètres antéro-postérieurs est insuffisante pour laisser passer l'enfant.

L'anathème de Baudelocque fut répété par Mme Lachapelle. Aussi, bien qu'Antoine Dubois eût opéré pour la deuxième fois avec succès la femme Delaplace, et malgré le judicieux plaidoyer de Gardien en faveur de la symphyséotomie, cette opération ne tarda pas à disparaître de la pratique des accoucheurs français. P. Dubois et Désormeaux la condamnent à peu près. Si Velpeau, Jacquemier, Cazeaux ne

la repoussent pas absolument et pensent même qu'elle peut avoir ses indications dans quelques cas, ils ne la pratiquent pas. Stoltz, bien qu'il ait imaginé un procédé nouveau de symphyséotomie, lui préfère l'opération césarienne. Il en est de même de M. Tarnier qui cependant a écrit dans le texte qui accompagne l'Atlas de Lenoir, M. Sée et Tarnier « qu'il n'est peut-être pas audacieux ni téméraire de penser que la symphyséotomie sera un jour le complément de l'accouchement prématuré ». J'ajouterai enfin que M. Bouchacourt qui, dans l'article Symphyséotomie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article très intéressant dont je vous recommande la lecture, rapporte qu'il a fait avec M. Polosson des expériences sur ce sujet et se montre favorable à l'opération, surtout en s'appuyant sur les résultats obtenus par l'école de Naples, n'y a jamais eu recours.

En Allemagne, E. G. J. de Siebold a formulé peu après Baudelocque cette appréciation sur la symphyséotomie : « il y a, dit-il, une grande vérité dans le jugement de Baudelocque qui dit « que toutes les fois qu'on a sauvé l'enfant on a tué la mère ou quand on a sauvé la mère on a tué l'enfant. Quand les deux individus ont été sauvés, l'opération n'était pas nécessaire ». Et plus loin, en terminant les considérations sur l'opération, il ajoute : « L'expérience et le temps sont suffisants aujourd'hui pour permettre de porter un jugement définitif. Pour tous ceux qui ne sont pas aveugles, elle ne reste plus qu'une curiosité historique et c'est à elle qu'on peut appliquer ce précieux proverbe : « *Felix quem faciunt aliena pericula cautum* ! » (1).

C'est à peine si actuellement, en Allemagne, il est question de la symphyséotomie, même à titre historique. Zweifel écrit, en 1889, que l'idée même en est fausse.

Fehling (2) dit : « Quand la femme ne vient consulter qu'à

(1) *Essai d'une histoire de l'obstétricie* par Siebold, traduite avec additions, figures et appendices par le professeur F.-J. Herrgott (sous presse).

(2) MULLER. *Handbuch der Geburtshülfe*, 1889.

terme, l'opération césarienne conservatrice (opération de Sänger), si l'enfant est vivant et la craniotomie s'il est mort, vaudront beaucoup mieux que la symphyséotomie. Je suis d'accord, sur ce point, avec tous les accoucheurs allemands, anglais et français ».

Winckel (1889) la condamne également. Dans la 4e édition de Fritsch (de Breslau), 1888, il n'est pas question de la symphyséotomie, et dans la 10e édition du traité de Schröder, revue par Olshausen et J. Veit, le mot n'existe même pas à la table des matières.

Même réprobation de la part des accoucheurs anglais.

En Italie, au contraire, la symphyséotomie qui avait été dès le début, acclamée comme un bienfait du ciel, prit racine. Elle y fut pratiquée nombre de fois depuis le commencement du siècle et, depuis quelques années, presque exclusivement par l'École napolitaine. Les résultats obtenus furent à plusieurs reprises publiés par le professeur Morisani (Congrès de Londres, *Annales de Gynécologie*, 1881 et *Annali di Ostetricia*, 1886) qui a bien voulu m'envoyer les résultats obtenus depuis 1887 jusqu'à ce jour et dont je vous donnerai connaissance dans quelques instants (1).

J'adresse à ce sujet au Directeur de la Clinique obstétricale de Naples mes plus sincères remerciements.

Je ne m'arrêterai à discuter pour le moment ni les causes qui ont fait abandonner et condamner la symphyséotomie par le plus grand nombre des accoucheurs, ni les raisons pour lesquelles l'École obstétricale de Naples affirme que c'est une opération utile, bienfaisante, et appelée à tenir une large place en obstétrique opératoire. Je vous rappellerai seulement que l'avènement de l'antisepsie a rendu possibles et inoffensives, une foule d'opérations jadis graves si non toujours mortelles et que la symphyséotomie paraît être du nombre.

Dans ces nouvelles conditions, l'intérêt du débat réside tout entier dans la solution des questions suivantes :

---

(1) Voyez *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, janvier 1892.

1° Peut-on par la symphyséotomie obtenir, sans lésions graves, un agrandissement notable du bassin? Quel peut-être cet agrandissement?

2° La symphyséotomie est-elle à la portée de tous les accoucheurs et comment doit-on la pratiquer?

3° Qu'elles sont les suites de l'opération relativement à la consolidation du bassin, à la station debout, à la marche et à des grossesses ultérieures.

I. — Quant à la première question, les résultats publiés par Baudelocque et par ceux qui, depuis Baudelocque, ont cherché à élucider cette question paraissent absolument contradictoires.

Pour les uns la symphyséotomie ne ferait gagner que quelques millimètres aux diamètres antéro-postérieurs. Pour les autres, ces diamètres augmenteraient bien davantage. Mais ceux-là même qui concèdent cet agrandissement pensent qu'il ne peut être obtenu sans que les ligaments des symphyses sacro-iliaques se déchirent, sans une véritable dislocation du bassin aux conséquences redoutables. Tâchons d'expliquer ces contradictions et cherchons la vérité à l'aide des documents anciens et de quelques expériences que j'ai faites avec la collaboration du professeur Farabeuf et de mon chef de Clinique, le Dr Varnier.

Sans tirer de conclusions, voyez d'abord cette coupe faite suivant le plan du détroit supérieur d'un bassin de 10 c. 8 provenant d'une femme morte de néphrite 9 jours après un accouchement à terme, et que M. Labadie-Lagrave, médecin de la Maternité et M. Gouget, son interne, ont mis gracieusement à ma disposition (pl. I et II). Moyennant un écartement pubien de 6 centimètres, ce bassin de 10 c. 8 est devenu un bassin de 12 c. 4, c'est-à-dire que le diamètre antéro-postérieur a gagné 14 millimètres. L'articulation sacro-iliaque est béante en avant; les puissants ligaments postérieurs sont intacts et ne sauraient souffrir de l'écartement des pubis quelle qu'en soit l'étendue; le mince ligament antérieur qui, lui, résiste à l'écartement n'est même pas déchiré, mais simplement

décollé de la face antérieure de l'os iliaque. J'enlève l'index de bois qui fixait l'écartement et je referme le bassin (pl. II); les surfaces de l'articulation sacro-iliaque se rapprochent et il faut y regarder de près pour retrouver traces du décollement.

Voyez cette autre coupe qui intéresse aussi bien le chirurgien que l'accoucheur. Elle a été moins heureuse que la précédente ; la scie a notablement dévié sur la gauche du plan du détroit supérieur. Vous pouvez voir néanmoins que pour un écartement de 3 centimètres les ligaments antérieurs des symphyses sacro-iliaques ne sont même pas décollés. Pourtant, Messieurs, il s'agit là d'un bassin de vieille femme, morte en dehors de tout état puerpéral.

Ainsi, sur ces deux bassins dont l'un est vicié et l'autre normal, dont l'un appartenait à une femme âgée non puerpérale, et l'autre à une femme morte en couches, vous pouvez faire des constatations presque identiques et vous persuader : 1° que l'agrandissement est possible ; qu'il est notable ; 2° que maintenu dans des limites utiles, il se fait sans autre altération du bassin qu'un décollement des ligaments antérieurs des symphyses sacro-iliaques.

Pour vous rendre compte de l'agrandissement des bassins viciés moyennant un écartement inter-pubien de six centimètres, il vous suffira de regarder les deux figures ci-jointes (fig. 1 et fig. 2) qui ont été construites par M. Farabeuf pour schématiser les résultats que nous avons obtenus et que l'on doit toujours obtenir, mathématiquement. Vous y verrez, ce que Baudelocque avait déjà constaté : un agrandissement d'autant plus considérable que le rétrécissement est plus accusé. Et les légendes suggestives qui les accompagnent compléteront ma pensée.

Je laisse de côté d'autres points secondaires qui sont à l'étude. Il me suffit pour l'instant de vous avoir montré ce que peut vous donner sans grands désordres articulaires la symphyséotomie.

II. — La plupart de ceux qui ont pratiqué cette opération,

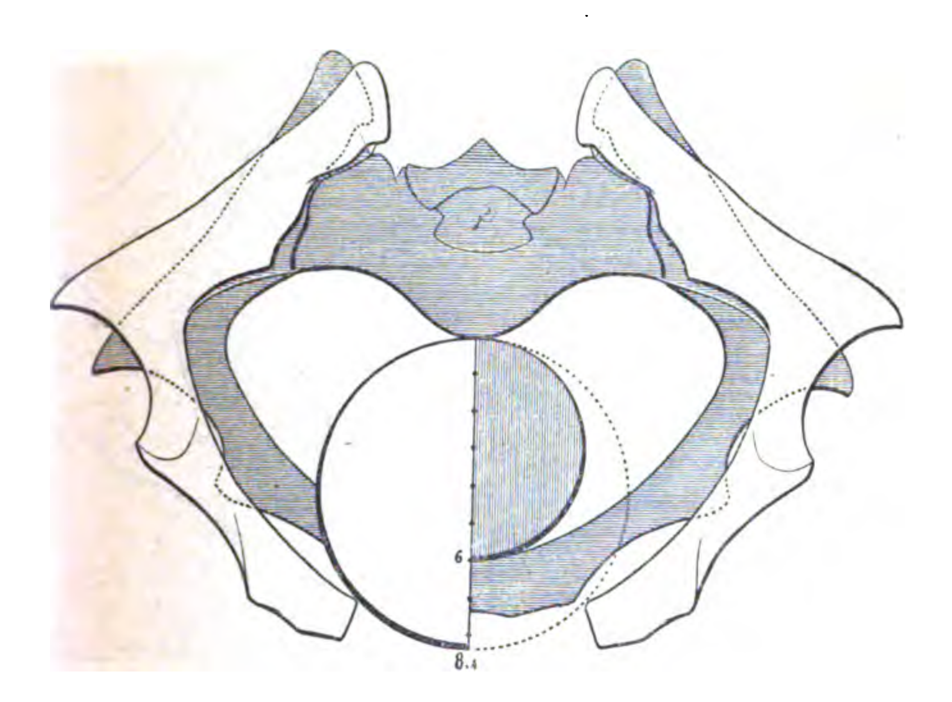


Fig. 1. — Coupe parallèle au plan du détroit supérieur d'un bassin très rétréci ayant un diamètre promonto-pubien de 6 cent. — représenté gris avant la section de la symphyse et blanc après l'écartement de 60 millim. permis par cette section.

Le diamètre de la sphère blanche acceptée par le bassin écarté est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact comme 81 : 60. Le volume de la sphère blanche est au volume de la sphère grise : : 310 : 113 presque le triple !

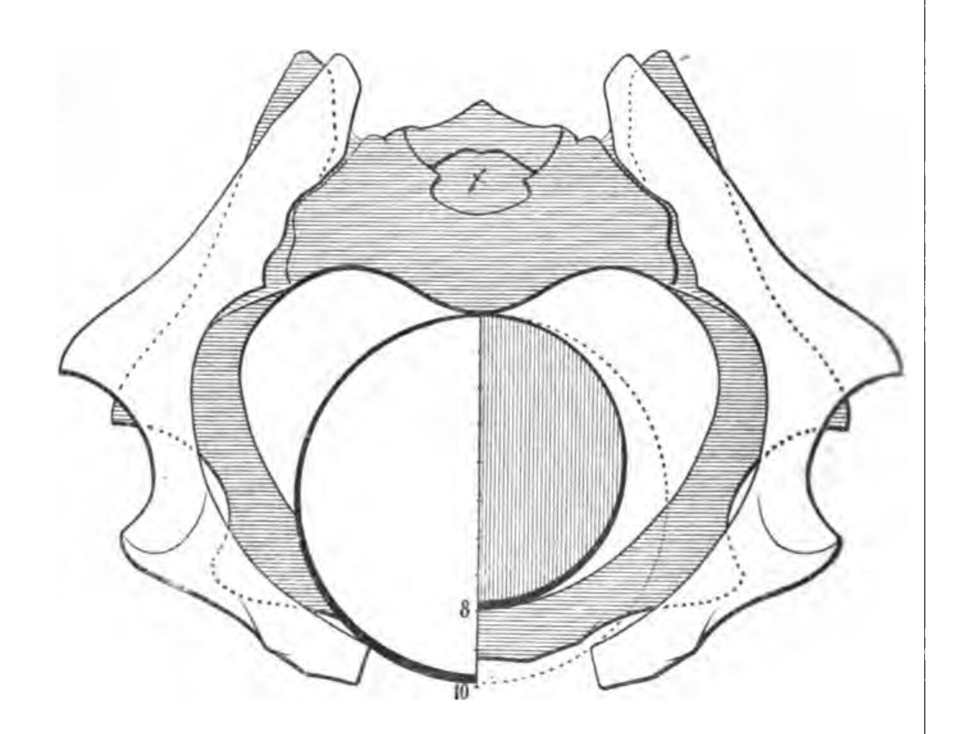


FIG. 2. — Coupe parallèle au détroit supérieur d'un bassin modérément rétréci, ayant un diamètre promonto-pubien de 8 cent. — représenté gris avant la symphyséotomie, blanc après l'écartement de 60 millim. permis par cette opération.

Le diamètre de la sphère blanche, acceptée par le bassin dilaté, est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact, comme 98 : 80. Le volume de la sphère blanche est à celui de la sphère grise : : 488 : 267, presque le double. Autrement : un fœtus de 3000 gr. sera plus petit pour le bassin coupé qu'un fœtus de 2000 gr. pour le bassin intact.

la considèrent comme relativement facile, quel que soit le manuel opératoire mis en œuvre. M. le D[r] Spinelli, ancien assistant du professeur Morisani, a bien voulu non seulement me donner les renseignements les plus complets sur les différents procédés employés en Italie, mais encore exécuter devant nous cette opération sur le cadavre telle qu'on l'exécute à Naples. Je lui adresse à ce propos mes remerciements, car, fervent apôtre de la symphyséotomie, il a tout fait pour entraîner notre conviction. Je crois que ce manuel opératoire peut être simplifié et rendu plus sûr; je suis convaincu que dans la plupart des cas, la symphyséotomie sera facile; qu'on peut sectionner la symphyse sans craindre de léser ni la vessie, ni le péritoine, et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir à sa disposition un appareil instrumental compliqué.

Ce qui me paraît raisonnable, le voici :

Je ne repousse pas formellement les instruments ostéotomes employés ordinairement; je crois même qu'il est sage et prudent de les avoir à sa disposition.

Mais j'estime que le simple bistouri à lame courte, solide et pourtant assez mince, suffira et sera préférable dans la majeure partie des cas.

Toutes les précautions antiseptiques prises, tous les instruments chirurgicaux et obstétricaux préparés, je placerais la femme dans le décubitus dorsal parfait au bord d'un lit de hauteur modérée afin de pouvoir la dominer de mon regard tombant à pic sur la ligne médiane qu'il s'agit d'inciser. Je me placerais à droite de la patiente très rapprochée de moi.

Ayant rasé le pubis et marqué au besoin au cordeau et à la teinture la ligne médiane sterno-clitoridienne, j'inciserais les téguments et la graisse prépubienne attentivement, sur cette ligne, en tenant mon bistouri incliné et marchant rigoureusement dans le plan vertical médian.

Une incision de 8 à 10 cent. me paraît convenir : elle aboutirait au-dessus du clitoris et là seulement elle se dévierait légèrement pour épargner cet organe et ses vaisseaux.

Je séparerais alors les muscles droits dans la partie supérieure de la plaie pour permettre au doigt d'entrer dans la cavité prévésicale, de protéger la vessie et de sentir le bourrelet. Alors, ayant repris notion nette de la ligne médiane, j'inciserais la symphyse de haut en bas et d'avant en arrière par plusieurs traits de bistouri.

Si j'en juge d'après le cadavre, quand la symphyse est coupée, les pubis s'écartent un peu d'eux-mêmes. Au besoin je ferais solliciter cet écartement par deux aides agissant sur les cuisses.

Je réserverais le ligament sous-pubien pour la fin ; je n'y porterais la pointe qu'avec réserve, j'essaierais d'abord de le forcer avec le doigt. Je ne m'arrêterais qu'après avoir pu passer à l'aise le doigt entre les pubis dans toute leur hauteur. Et même je voudrais alors, avant toute tentative obstétricale, m'assurer en provoquant une prudente abduction des cuisses que la section est complète, qu'il ne reste rien en avant dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire que les pubis peuvent s'écarter de 4 à 6 cent.

Après m'être assuré ainsi que les pubis sont libres, que les ligaments antérieurs sacro-iliaques permettent un écartement notable, je remplirais et couvrirais la plaie antiseptiquement (pansement provisoire) et je redeviendrais accoucheur.

III. — Ceci étant dit, j'arrive à la 3e question : Dans quelles conditions s'observe et s'effectue la consolidation du bassin après la symphyséotomie ?

Nous savons déjà, par des observations assez nombreuses, qu'après la rupture spontanée ou artificielle de la symphyse pubienne, pendant le travail, la consolidation du bassin est la règle. J'ai eu pour ma part l'occasion d'en observer un bel exemple. Le 25 décembre 1883, en faisant une application de forceps dans mon service à Lariboisière, chez une femme ayant un rétrécissement du bassin, j'entendis au moment où, avec un seul doigt, je faisais exécuter à l'instru-

ment et à la tête le mouvement de rotation, un craquement sonore. Après l'extraction complète, n'ayant constaté aucun enfoncement sur la tête de l'enfant qui se portait très bien, je pratiquai le toucher et reconnus avec effroi que la symphyse était rompue et qu'on pouvait loger deux doigts dans l'écartement des pubis. Six semaines après, sans application d'aucun appareil contentif, cette femme quittait ma Maternité, marchant aussi bien qu'avant son accouchement. J'ajouterai que devenue enceinte une seconde fois, cette femme qui avait un rétrécissement assez prononcé, accoucha, à terme et spontanément.

J'étais donc déjà confiant dans une certaine mesure et cette observation m'avait donné beaucoup à réfléchir. De plus, je savais qu'Antoine Dubois avait pratiqué la symphyséotomie chez une femme qui la subissait pour la 2e fois et qui cependant se rétablit parfaitement. Mais les résultats tout récents observés à Naples, et rapportés en particulier par Morisani, ne laissent plus planer aucun doute. A la suite de la symphyséotomie, la consolidation du bassin s'effectue et même, d'après les renseignements qui m'ont été fournis par le Dr Spinelli et le Pr Morisani, dans un laps de temps assez court, environ un mois. Il est évident qu'il faut s'efforcer, pendant la cicatrisation, d'immobiliser le bassin soit à l'aide de la ceinture plâtrée qui a fait ses preuves, soit à l'aide d'une ceinture mécanique, d'une gouttière de Bonnet, etc. Voilà ma réponse à la 3e question.

Or si ces trois réponses sont vraies, si la section du pubis constitue une opération relativement facile, si un écartement de six centimètres donne l'agrandissement que je vous ai annoncé, si la consolidation consécutive du bassin ne fait pas défaut, je me demande pourquoi nous laisserions l'Ecole de Naples jouir seule de ces bienfaits.

N'est-il pas temps de lutter et de réagir contre l'anathème formulé par Baudelocque? N'est-on pas autorisé à l'heure actuelle, avec les éléments dont nous disposons, à réviser les jugements de nos anciens ? Est-ce que les méfaits attribués à la symphyséotomie ne relevaient pas le plus souvent de

l'infection et non de l'opération en elle-même ? Est-ce que les Dubois, les Désormeaux qui, sans condamner la symphyséotomie ne la pratiquaient pas, n'avaient pas pris ce parti parce qu'ils savaient combien alors toute opération pratiquée pendant le travail était dangereuse ? Qui sait si le basiotribe lui-même, n'aurait pas été incriminé et vilipendé s'il avait vu le jour en même temps que l'opération de Sigault ?

Les succès nombreux de l'opération césarienne sont-ils dus exclusivement aux modifications apportées très heureusement, je le reconnais, par Porro et Sänger ? Assurément non. Ils sont dus surtout à l'antisepsie. Eh bien, ne peut-on faire pour la symphyséotomie ce qui a été fait pour l'opération césarienne ? Est-ce que nos collègues de Naples ne nous ont pas montré l'exemple ? Comment, quand je recevais hier une statistique du professeur Morisani dans laquelle je lis que sur 12 symphyséotomies pratiquées à la clinique obstétricale de Naples, il a eu 12 mères guéries et onze enfants vivants, je ne devrais rien faire pour suivre un tel exemple et obtenir de pareils résultats ! Tel n'est point mon avis.

Et si je ne me trompe, la symphyséotomie qui a eu la mauvaise fortune d'être enfantée par un homme sans autorité en accouchements et qui ne pouvait que la compromettre, s'appuyant aujourd'hui sur l'antisepsie, s'éclairant des connaissances plus exactes que nous possédons sur les rétrécissements du bassin, guidée par la sûreté de nos procédés d'exploration, profitant des perfectionnements de nos techniques opératoires deviendra, comme l'a prédit M. Tarnier, le complément de l'accouchement prématuré dans bien des cas. et se substituera à l'embryotomie et à l'opération césarienne dans bien d'autres, en ne laissant à celles-ci qu'un champ très restreint où elles règneront seules sans partage.

Et je souhaite ardemment de ne pas me tromper, car si je suis dans la vérité, la vie de bien des femmes et de bien des enfants sera sauvegardée et les accoucheurs n'auront plus à s'imposer le supplice de broyer des enfants pleins de vie qu'ils ont mission de sauver.

DES MALADIES DES TROMPES DE FALLOPE ET DE LEUR TRAITEMENT

Par **Th. More Madden** (1). Traduction par le Dr R. Labusquière.

C'est seulement dans ces dernières années qu'on est arrivé à réunir les éléments du diagnostic différentiel des maladies des trompes de Fallope, et à leur opposer un traitement radical, efficace. Ces progrès, on les doit surtout à l'enseignement et à la pratique de L. Tait, ainsi qu'à quelques autres chefs de l'école moderne de la chirurgie abdominale. Toutefois, il n'est pas inutile de rappeler, détail ignoré par un grand nombre, que les troubles des annexes de l'utérus étaient assez connus de beaucoup d'auteurs anciens. La pathologie de ces organes fut étudiée en détail plus particulièrement par Astruc (2) (de Paris) en 1761, et par Kruger (3) (de Göttingen) en 1782, tandis que, de leur côté, d'autres auteurs communiquaient des exemples remarquables d'affections tubaires désignées aujourd'hui sous les noms de pyosalpinx, d'hydrosalpinx, etc. Ainsi Portal (4) emprunte, *inter alia*, un cas de de Haen d' « *abcès de la trompe gauche qui contenait dix-huit pintes de pus* », et un autre de Munieks d' « *énorme tumeur kystique, tubaire, dont le contenu dépassait cent gallons !* » Il cite également, d'après Harden, l'exemple d'une femme « *dont l'une des trompes, kystique, contenait cent-quarante livres d'un liquide aqueux !* » Bayley (5), Hooper (6)..., etc., relatèrent également des faits de cet ordre et surtout, un peu plus tard, Davis (7), qui exposa très net-

(1) *The Dubl. J. of med. Sciences*, janvier 1892, p. 18.

(2) Astruc. *Trait. des mal. des femmes*, Paris. 1761.

(3) Kruger. *Patholog. Ovar. Muliebrum*. Gött, 1782.

(4) Portal. *Cours d'anatomie méd.*, t. V, p. 540.

(5) Bailey. *Diseases of the uterus, etc.*, p. 504.

(6) Hooper. *Morb. Anat. of the Human Uterus*, p. 3.

(7) Davis. *Obst. medic. and Diseases of womb.*, vol. II, p. 7,760.

tement les symptômes et la pathologie des trompes comme on les comprenait alors. On peut faire dater de cette époque la conception médicale que les trompes de Fallope, qui ont avec la matrice des connexions si étroites de structure et de fonctions, sont aptes à devenir le siège de processus inflammatoires analogues à ceux qui affectent cet organe, quelles que soient d'ailleurs, les différences symptomatiques qui dérivent de l'organisation et des rapports qui leur sont propres.

Les maladies qui peuvent ainsi se propager aux trompes non seulement par leur orifice utérin, mais encore par leur extrémité péritonéale libre, ou bien qui peuvent naître dans leur tissu, sont d'abord l'inflammation, ou salpingite, avec ses conséquences, pyo et hydro-salpinx, dont les causes les plus habituelles sont vraisemblablement l'infection gonorrhéique et la septicémie puerpérale. Indépendamment de ces infections, la trompe peut être le siège de tumeurs enkystées, fibro-musculaires et malignes.

I. — Salpingite aigue

On peut passer d'autant plus rapidement sur la salpingite aiguë que, la plupart du temps, l'affection tubaire n'est soumise à l'examen gynécologique que lorsqu'elle est déjà devenue chronique. Le plus souvent, elle se rencontre dans l'état puerpéral où elle s'installe comme complication ou conséquence de la septicémie. Son développement se manifeste par des douleurs profondes, lancinantes, irradiant de la région iliaque vers les aines et les cuisses, et par de la tuméfaction et de la sensibilité le long des ligaments larges, conditions appréciables par l'exploration bimanuelle. Il est possible, dans cet examen, de reconnaître les contours sinueux des trompes hyperhémiées, et augmentées de volume. La terminaison la plus habituelle de la salpingite aiguë, c'est son passage à l'état chronique. Elle peut aussi être suivie de guérison, aussi bien qu'amener l'oblitération du canal tubaire sur un point quelconque de son trajet, par soudure de ses

parois par des exsudats inflammatoires, plastiques. En ce qui concerne le traitement de ces formes, je ne connais rien en dehors des opiacés pour calmer la douleur, et de l'usage combiné de la quinine et de l'iodure de potassium ou du bichlorure de mercure. Les irrigations d'eau chaude vaginales, rectales, les fomentations externes, sont évidemment indiquées, mais elles sont plus propres à se montrer efficaces dans les cas de salpingite catarrhale, aiguë. Par contre, il est fort difficile de voir quel bénéfice peut résulter de la contre-irritation produite par les vésicatoires ou par les larges onctions mercurielles, moyens qui, bien qu'encore employés dans ces cas, sont plus capables d'ajouter aux malaises du patient que de guérir son mal.

II. — Salpingite chronique

La salpingite peut être uni- ou bilatérale. Le plus souvent, elle est bilatérale, bien qu'à des degrés divers d'intensité. Elle reconnaît des causes extrinsèques (gonorrhée, infection puerpérale, processus catarrhal) ou locales (dépôts tuberculeux et cancéreux dans les trompes). En outre, ce qu'on pouvait facilement prévoir, la salpingite et ses complications se rencontrent plus communément chez les femmes qui sont dans la première période de la vie maritale, en pleine activité génitale, que chez les sujets plus avancés en âge et peu passionnés. Aussi le Dr Bland Sutton qui, au cours de ses recherches pathologiques, a eu souvent l'occasion d'examiner les organes de femmes de mauvaise vie, a constaté dans la plupart des cas l'existence d'hydro- et pyo-salpinx, et dans quelques-uns la réduction de la trompe à un cordon imperméable, en même temps que les ovaires étaient atrophiés, parfois même méconnaissables. La fréquence de ces affections tubaires de 20 à 35 ans, et leur rareté passé 40 ans, l'ont conduit à penser que lorsque les sujets survivent aux dangers inhérents à l'inflammation et à la distension de la trompe, les parties malades s'atrophient.

Symptômes. — Les symptômes généraux de la salpingite chronique avant que la maladie ait abouti éventuellement à la formation d'un pyo-ou hydro-salpinx se distinguent à peine de ceux de l'ovarite qui coexiste en général. Plus tard, ses effets et ses phénomènes cliniques sont presque identiques à ceux de la cellulite ou de la périmétrite pelvienne, et dans les premiers jours, on la confond avec cette maladie. De ces symptômes de la phlegmasie chronique des oviductes, le plus important consiste dans la répétition d'accidents ménorrhagiques, ne comportant pas d'autre explication et compliqué soit de dysménorrhée, soit de menstruation prolongée ou profuse. Dans ces cas, la patiente accuse en outre une douleur intrapelvienne spéciale, profonde, lancinante, se faisant sentir dans les régions sacrée et inguinale, et irradiant vers les cuisses. A ce moment, on peut observer encore des troubles généraux avec réaction fébrile, des frissons signes de suppuration, et dans quelques cas des hémorrhagies ou des écoulements aqueux se faisant par l'utérus dans les périodes intermenstruelles. Il est également possible, à cette époque, de constater de la tuméfaction et de la sensibilité au niveau de la trompe.

La pathologie du pyo : et hydro-salpinx a été récemment soigneusement étudiée par un éminent pathologiste, et je ne puis mieux faire que de lui emprunter le passage suivant (1) : « *Pyo-salpinx.* » Dans les cas graves de salpingite après occlusion de l'*ostium abdominale*, laquelle, en général, est associée à la sténose de l'*ostium uterinum*, le pus est aussi sûrement circonscrit, enclos dans la trompe que s'il s'agissait d'un abcès profond, et il évolue à la manière d'un abcès. Les parois de la trompe distendues par le pus de plus en plus abondant, s'amincissent peu à peu, et contractent des adhérences avec les organes voisins : ovaire, utérus, rectum, intestin ou ligament large. La paroi de la trompe continue à s'amincir jusqu'à ce que, sous l'influence d'un léger effort,

(1) *Lancet*, 6 décembre 1891.

elle crève. Si le pus tombe dans la cavité péritonéale, il survient une péritonite infectieuse, rapidement mortelle. Le pyo-salpinx a une grande tendance à s'ouvrir dans le rectum. Quand un pyo-salpinx est en contact avec l'intestin, son contenu purulent devient extrêmement fétide par osmose des gaz intestinaux. Les rapports du pyo-salpinx avec le rectum doivent être étudiés en même temps que les abcès tubo-ovariques. Le premier effet de la salpingite sur l'ovaire consiste dans l'épaississement de la capsule de cet organe, et s'il y a épanchement de lymphe, il peut se produire des adhérences périmétriques étendues et organisées. Les conséquences de l'épaississement de la capsule ovarique sont de deux ordres. D'abord, il empêche la rupture des follicules ovariques mûrs, et la tension développée est l'origine de troubles sérieux et de vives souffrances. D'autre part, comme les follicules ne peuvent déverser leur contenu, il arrive que les ovaires, qui sont longtemps le siège d'une péri-ovarite, se transforment largement en espaces kystiques, et que deux ou plusieurs de ces espaces fusionnant, ils forment une cavité kystique ayant les dimensions d'une noix. Comme ce kyste tend à se rapprocher de la surface par résorption de tissu, il arrive assez fréquemment qu'il prend contact avec la poche purulente, tubaire, contact qui est favorisé par l'action du ligament tubo-ovarique. Puis des phénomènes de résorption se produisant au niveau des parois de contact de ces poches, la communication s'établit, donnant lieu à un kyste tubo-ovarique, qui, éventuellement, peut s'ouvrir et écouler à intervalles réguliers son contenu dans le rectum.

Lorsque la virulence du pus d'un pyo-salpinx n'est pas grande, il ne provoque que peu de symptômes. C'est cette forme de pyo-salpinx qui, suivant l'opinion du Dr Sutton, distendu peu à peu par du liquide, se transforme éventuellement en hydro-salpinx, lequel, en général, peut être regardé comme un stade tardif du pyo-salpinx.

Il est des attaques plus légères, qui méritent d'être décrites sous le nom de *catarrhe de la trompe* et qui, comme le catarrhe



nasal, gastrique, disparaissent sans laisser aucune trace. Mais si l'inflammation est assez intense pour produire l'oblitération des orifices tubaires la lésion est définitive, et si les deux trompes sont affectées, elles perdent leur fonction, et deviennent une source de graves dangers. Les orifices tubaires oblitérés, l'oviducte ressemble à un uretère obstrué ; plus d'écoulement pour le liquide sécrété par ses glandes ou exsudé passivement dans sa cavité, d'où : production de *kystes par rétention*. Le liquide est tantôt décoloré, tantôt verdâtre, par suite de la présence de cholestérine.

En quelques cas, le liquide, ainsi qu'il a été établi précédemment, peut s'écouler à intervalles irréguliers par l'utérus, constituant ce qu'on a appelé l'*hydropisie tubaire profluente*, conséquence, selon le Dr Sutton, d'une fistule tubaire. En d'autres cas, l'écoulement peut se faire par l'orifice tubaire abdominal, provoquant tantôt une péritonite, tantôt un *hydro-peritoneum*, qu'A. Doran a défini : *une collection liquide dans la cavité péritonéale qu'on ne peut rapporter à aucune maladie organique appréciable, sauf à une salpingite chronique avec perméabilité de la trompe.*

Traitement. — Dans le traitement de la salpingite chronique, et du pyo- ou de l'hydro-salpinx qui la compliquent, il semble qu'on oublie trop souvent que le gynécologue doit viser tout à la fois la restauration de l'intégrité fonctionnelle et anatomique de l'organe, et ne se contenter de la première que lorsqu'il y a impossibilité à obtenir les deux. Se plaçant à ce point de vue, on a préconisé plusieurs modes d'intervention : a) évacuation du contenu, purulent ou séreux, au moyen de l'aspiration (Routh, M. Madden) ; b) incision par le vagin, suivie du lavage de la trompe évacuée (Sainclair) ; c) curettage de l'endometrium autour de l'ostium uterinum de la trompe et opération d'Emmet ; d) traitement électrique suivant la méthode d'Apostoli ; e) laparotomie conservatrice, c'est-à-dire, section abdominale dans le but d'aspirer le contenu des trompes kystiques, ou, suivant la proposition émise par A. Doran, pour, dans quelques cas, détruire les adhé-

rences et libérer les organes malades ; f) section de la trompe (opération de Skutsch) ; g) massage d'après la méthode de Thure-Brandt.

Je ne m'attarderai pas sur chacun de ces procédés, sauf sur ceux que j'ai appliqués moi-même et dont j'ai reconnu les avantages. Ainsi, je mentionnerai simplement la salpingotomie à propos de laquelle, comme au sujet d'autres « opérations fantaisistes », plus faciles à exposer théoriquement qu'à réaliser sur le malade, je rappellerai la critique de Goodell : « On ne peut, dans la laparotomie, toucher aux organes malades, sans courir de grands risques. Souvent, la trompe est extrêmement distendue et ses connexions avec les organes voisins sont intimes. Aussi, malgré les soins, l'oviducte peut-il être rupturé, l'intestin déchiré, et des foyers purulents primitivement circonscrits être répandus ». Quant au massage, en admettant qu'il soit inoffensif, il faudrait le proscrire pour les raisons que j'ai développées autre part. Sans compter que dans les cas qui nous occupent, de l'aveu de Brandt lui-même, son application même prudente, peut provoquer « un écoulement dans la cavité péritonéale, à la suite duquel se développent rapidement des symptômes de péritonite ».

Quittons ces conceptions bizarres, émanant d'esprits purement métaphysiques ou trop enthousiastes, et abordons les questions plus terre à terre de la pratique gynécologique ; quel est le traitement rationnel de l'hydro- et du pyo-salpinx ? Il me semble qu'il n'existe aucune raison pour se départir des principes fondamentaux de la chirurgie, et pour se résoudre, tout d'un coup, à une décision extrême, à l'extirpation complète des annexes de l'utérus. Si la glande mammaire devient le siège d'un abcès, ou si, comme le suggère Spencer Wells, la tunique vaginale du testicule devient le siège d'une hydrocèle, n'est-il pas plus judicieux d'ouvrir l'abcès ou de ponctionner l'hydrocèle que d'enlever le sein ou le testicule ? Devons-nous faire entrer dans la pratique courante une conduite essentiellement différente quand, en

réalité, il s'agit d'affections analogues affectant des organes non moins importants?

Aussi, réglant ma conduite sur ces principes, j'ai, depuis plusieurs années, traité un nombre considérable de cas de pyo- et d'hydro-salpinx par l'aspiration ou par d'autres procédés conservateurs. J'ai montré les résultats heureux que j'ai ainsi obtenus, non dans tous les cas il est vrai, dans mon service à la *Mater Misericordiæ Hopital*. La majorité des cas de cette nature furent traités par cette méthode, dont j'ai parlé ailleurs, avant que ses avantages fussent reconnus. Ce traitement, même s'il n'est pas aussi certain, aussi radical dans ses résultats curatifs que la salpingotomie, est tout aussi avantageux dans la classe spéciale des cas pour lesquels il devrait être réservé. D'autre part, il contraste heureusement par la facilité de son exécution et son innocuité avec les dangers de la salpingotomie qui, dans d'autres cas, ou après l'échec du premier procédé peut devenir non moins utile. En conséquence, je me permets d'entrer dans les détails d'une opération moins grave qui, à mon avis, dans bon nombre de cas, fournira des résultats satisfaisants, toutes les fois qu'il sera possible d'aborder les collections tubaires par le vagin. La malade est d'abord endormie, ce qui permet les manœuvres nécessaires, puis placée dans la position gynécologique habituelle, c'est-à-dire, couchée sur le côté gauche. Le chirurgien introduit l'index et les premiers doigts de la main gauche dans le rectum, en haut et en avant, suivant les contours de l'utérus, dont un assistant refoule le fond en bas à l'aide d'une main agissant à travers la paroi abdominale. De cette façon, on réussit promptement à palper trompes et ovaires, et lorsqu'il existe une tuméfaction inflammatoire ou kystique de l'oviducte, on la reconnaît sous la forme d'une tumeur tortueuse, allongée, en boudin, ou sphérique et fluctuante qui, comme le dit Doran, « de la partie latérale de l'utérus se dirige en dehors dans la direction des ligaments larges, et en arrière vers l'espace de Douglas ». La position du pyo- ou hydro-salpinx bien exactement déter-

minée, l'opérateur conduit sous le contrôle de l'index droit une fine aiguille fixée à l'aspirateur jusqu'à la voûte du cul-de-sac postérieur, la fait pénétrer dans la fosse rétro-vaginale, puis, la dirige avec l'index gauche agissant à travers le rectum, sur la portion la plus proéminente de la tumeur, qu'il ponctionne. L'instrument aspirateur est mis en jeu, et l'écoulement du contenu tubaire peut être facilité à l'aide d'une pression lente exercée par un assistant à travers la paroi abdominale. Cela fait, on assure l'asepticité du vagin par des insufflations d'iodoforme. Sauf des irrigations d'eau, il n'est besoin d'instituer aucun autre traitement, si ce n'est dans les cas où le liquide de la trompe se reproduit. En général, la quantité de liquide qui se reproduit est moindre, et l'on peut répéter le même procédé opératoire jusqu'à ce que l'oviducte soit revenu à son volume normal.

Curettage des orifices utérins de la trompe; traitement par l'électricité. — Abstraction faite des altérations malignes et d'autres processus dégénératifs des trompes, la cause immédiate la plus commune des productions kystiques dans les cas de salpingite chronique, c'est l'*obstruction mécanique de l'ostium uterinum* associée à l'une des anomalies suivantes de l'utérus, a) endométrite folliculaire, chronique; b) flexion: c) hyperinvolution. A ces conditions correspondent successivement: a') la dilatation suivie du curettage; b') le redressement de la flexion; c') la faradisation (Apostoli, Milne-Edwards, d'Edimbourg).

Extirpation des annexes de l'utérus. — Dans les cas plus graves, qui sont plus rares qu'on ne le croit en général, où, à cause de l'importance des altérations tubaires, de complications coexistantes, de la gravité des symptômes, il est impossible de remédier à la situation par les procédés précédemment décrits, il ne nous reste pour ultime ressource que l'extirpation complète des annexes de l'utérus. Cette opération est devenue en vogue pour d'autres conditions que celles précisées ici. Elle a été recommandée, en effet, par un grand nombre de gynécologistes qui l'ont proclamée la

méthode non seulement la plus efficace, mais aussi la plus sûre contre les affections tubaires ; il s'ensuit qu'elle devrait être généralement adoptée. Cette doctrine, je n'y puis souscrire sans réserve, étant parfaitement convaincu qu'en certains cas les suites de la salpingite sont curables en dehors de tout traitement actif, et que dans d'autres, on peut les amender par les procédés moins offensifs que j'ai signalés. Toutefois, dans cet hôpital comme ailleurs, j'ai observé des cas dans lesquels il n'y avait pas d'autre alternative que la mort rapide pour le sujet par le fait d'une affection de la trompe, ou que l'extirpation totale des annexes, c'est-à-dire « l'opération de Tait », du nom de l'éminent chirurgien qui l'a introduite, et qui l'a pratiquée avec le plus de bonheur dans ce pays. Avant de décrire brièvement cette opération, tout au moins sa technique opératoire, je rappelle qu'à mon sens, l'ovaire et la trompe sont, tous les deux, deux facteurs essentiels de la menstruation. Il découle de ce principe que la salpingotomie doit être combinée avec l'oophorectomie, si l'on veut éviter les conséquences associées à un processus d'ovulation anormal. Les temps successifs préliminaires de cette intervention étant identiques à ceux de l'ovariotomie, je me contenterai de mettre en relief les points sur lesquels les deux opérations font contraste. Tout d'abord, et le plus saillant, la petitesse de l'incision dans l'extirpation des annexes. Il suffit qu'elle permette l'introduction des deux premiers doigts de la main gauche de l'opérateur, qui vont à la recherche du fond de l'utérus, point de repère à l'aide duquel ils trouveront facilement les trompes et les ovaires. Dans ces recherches, il faut procéder avec beaucoup de circonspection pour ne pas courir le risque de crever la trompe extrêmement tendue en certains cas, et pour éviter l'épanchement du contenu d'un pyo- ou hydro-salpinx dans le péritoine. On peut chercher à prévenir cet accident, a) en évacuant par l'opération le contenu tubaire, précaution très utile, avant d'essayer d'attirer la trompe malade dans la plaie abdominale, ce qui est le temps suivant de l'opération ; b) quand on n'est pas arrêté

par des adhérences inflammatoires étendues. La trompe et l'ovaire ayant été attirés aussi loin qu'on peut le faire sans danger, et de façon à former une sorte de pédicule avec le ligament large, on lie ce pédicule (le mode de ligature varie), on l'excise un peu au-dessus de la ligature, après quoi, on peut l'abandonner dans la cavité abdominale. Les autres détails de l'intervention sont exactement les mêmes que dans l'ovariotomie.

Cette opération, en général accessible à tous les chirurgiens, peut en certains cas embarrasser les plus experts (distension extrême de la trompe rendant la rupture presque inévitable, fusion, coalescence des ovaires, des trompes, des ligaments larges, de l'utérus, et des autres organes voisins).

Résultats. — L'excellence des résultats immédiats aussi bien que la faible mortalité de cette opération, sont des points mis absolument hors de doute par les importantes statistiques de Tait, de Bantock et d'autres chirurgiens éminents. En ce qui concerne les résultats définitifs, les appréciations émises par des hommes d'une autorité non moins grande, ne sont pas aussi séduisantes. « En général, dit A. Doran, l'oophorectomie pratiquée pour des affections chroniques des annexes est suivie d'une convalescence rapide. Malheureusement, la guérison définitive n'est pas tellement fréquente. Des troubles psychiques se développent parfois après une oophorectomie double. Les cas dans lesquels le pédicule suppure sont particulièrement fâcheux. Des trajets fistuleux s'ouvrent, se ferment, s'ouvrent de nouveau dans la plaie abdominale, et persistent durant des mois en écoulant du pus. Ces cas s'observent dans d'autres cabinets de consultation, dans d'autres services hospitaliers que ceux où l'opération a été faite ; comme l'opérateur n'en entend plus parler, il les suppose guéris, et lui ou les registres de l'hôpital les consignent comme « guérisons ».

Un certain nombre de malades se plaignent de la persistance des douleurs qu'elles ressentaient avant l'opération ; fait qui résulte sans doute de l'existence d'adhérences intesti-

nales, ou de la présence d'exsudats inflammatoires comprimant des rameaux nerveux. Enfin, les ligatures peuvent être le point de départ des accidents observés en quelques cas. De même, Coë a pu dire : « Il est un assez grand nombre de femmes, qui suivent les diverses cliniques de New-York, auxquelles on a enlevé trompes et ovaires, et qui précisément accusent les mêmes douleurs qu'elles éprouvaient jadis. En fait, je puis citer des cas dans lesquels, en dépit de l'absence de menstruation, les souffrances sont plus violentes que par le passé » (1).

REVUE CLINIQUE

INFECTION PUERPÉRALE CONSÉCUTIVE A UN AVORTEMENT. — RÉTENTION DE DÉBRIS PLACENTAIRES. — CURAGE. — INFECTION A FORME DIPHTÉROIDE. — IRRIGATION CONTINUE. — GUÉRISON.

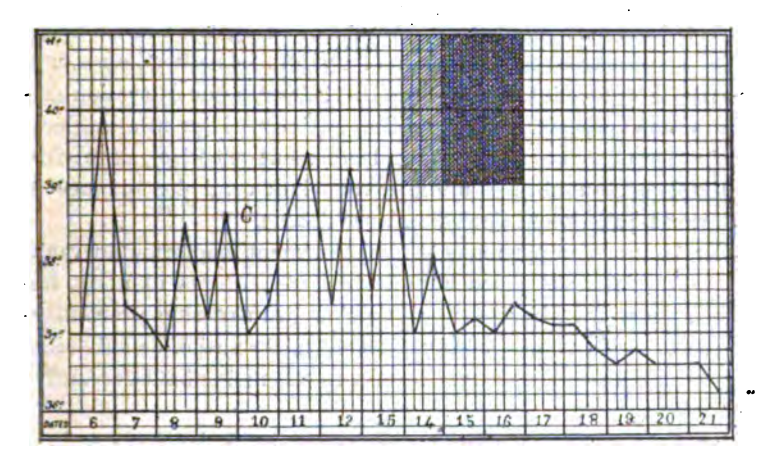
Par **Henri Hartmann.**

R. S..., 22 ans, entre le 5 août 1890, dans le service de M. le Dr Terrier, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 2, pour des accidents fébriles à point de départ utérin.

En interrogeant cette malade, nous apprenons que les règles, qui devaient venir le 23 mai, ont manqué à cette époque, que le 20 juillet elle a commencé à avoir des pertes blanches abondantes, qui ont été traitées en ville par des injections boriquées biquotidiennes

(1) En terminant, l'auteur recommande à nouveau de ne pas entreprendre trop facilement une opération aussi grave que l'extirpation des annexes. Il convient de réfléchir mûrement avant d'entreprendre une telle opération qui fait des êtres insexués. La faire résolument quand les circonstances l'imposent, mais, dans les cas moins graves, et il sont assez nombreux, recourir à des procédés moins offensifs et plus conservateurs.

et des applications de tampons iodoformés; dans ces derniers temps, le médecin qui la soignait, voyant les pertes blanches continuer, fit dans l'utérus des applications de crayons iodoformés. La dernière application de crayon remonte au samedi 2 août; le col était alors le siège d'une ulcération sanguinolente assez étendue; c'est dans la nuit suivante, du 2 au 3 août, qu'éclatèrent les accidents sous forme d'une hémorrhagie abondante, qui dura jusqu'au soir du 3 et s'accompagna de l'expulsion de caillots. Les jours suivants la malade se sent plus mal et est amenée à l'hôpital par son médecin, le 6. La température est le soir de son entrée de 40°.



C. Curage utérin le 10. Le grisé clair indique la période d'irrigation intermittente. Le grisé foncé la période d'irrigation continue.

Le 7 au matin, nous l'examinons; la fièvre est tombée, le col est ramolli mais fermé, l'utérus est un peu gros, le ventre un peu sensible, surtout dans la fosse iliaque droite. Les seins contiennent du colostrum. *Diagnostic :* Infection puerpérale consécutive à un avortement. *Traitement* : Injections vaginales antiseptiques, repos.

Les jours suivants, la température monte le soir à 38°,5; 38°,6; on voit autour de l'orifice du col des plaques grisâtres; il coule de l'utérus un liquide sanieux, rougeâtre; des injections intra-utérines antiseptiques n'amènent pas d'abaissement de la température.

Aussi, le 10, après avoir chloroformé la malade, faisons-nous,

avec le dilatateur de Sims, la dilatation du col et le *curage* de la cavité utérine; nous ramenons ainsi des débris placentaires. Irrigation intra-utérine avec une solution de sublimé à 1 pour 5000. Tamponnement iodoformé de la cavité.

Le soir, la température reste normale.

Mais le lendemain, elle remonte, présentant chaque soir une exacerbation.

On renouvelle le tamponnement iodoformé matin et soir, faisant chaque fois une irrigation intra-utérine avec une solution de sublimé à 1 pour 4,000. Cette thérapeutique reste sans résultat. Bien plus, les exsudats diphtéroïdes reparaissent sur l'orifice du col et s'étendent rapidement jusqu'à la vulve. Les fausses membranes recouvrent toute l'étendue du vagin, les petites-lèvres, une partie de la face interne des grandes. Elles ont une coloration grisâtre, une épaisseur de 2 à 3 millim. environ et laissent à nu, lorsqu'on les détache, une surface légèrement excoriée, siège d'un suintement sanguin très minime, rappelant celui des plaques de psoriasis qu'on vient de gratter avec l'ongle.

Le 14, nous supprimons le tamponnement iodoformé du vagin et de l'utérus, nous plaçons un drain dans l'utérus et nous faisons, toutes les 3 heures, une injection intra-utérine alternativement avec de l'acide borique et avec une solution de sublimé à 1 pour 5000. La température le soir, monte moins haut et n'arrive qu'à 38°,1.

Le 15, nous installons chez cette malade l'irrigation continue suivant le procédé du professeur Pinard (1).

Pendant une 1/2 heure nous faisons passer un courant de sublimé à 1/10000, puis nous nous contentons de faire de *l'irrigation continue avec de l'eau bouillie*. Une grande quantité de fausses membranes salissent l'eau qui s'écoule pendant la première journée. L'infection semble toutefois immédiatement arrêtée. Le soir, la température reste normale; des fausses membranes, recueillies et soumises à des essais de culture par notre ami F. Widal, restent stériles.

Le lendemain matin, le vagin est à peu près entièrement débar-

(1) Voir PINARD et VARNIER. De l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif des infections puerpérales. *Annales de gynécologie* 1885, décembre, p. 451 et 1886, janvier, p. 19.

rassé de ses fausses membranes ; le soir il n'y en a plus du tout.

Nous continuons encore l'irrigation, toujours avec de l'eau bouillie, pendant la journée du 16 et la suspendons définitivement le 17 au matin.

La guérison a lieu sans aucun incident.

Le 20e jour, la malade quitte l'hôpital.

Le 19 octobre nous la revoyons porteuse d'une syphilide papulo-squameuse. Les règles sont revenues sans accident le 18 septembre et ont duré jusqu'au 1er octobre. Le col est sain, sans aucun écoulement. Il n'y a pas trace de métrite ni de périmétrite.

Depuis lors, nous avons eu à différentes reprises l'occasion de voir cette malade, à propos d'accidents spécifiques divers ; il n'y a pas eu le moindre symptôme du côté de l'utérus. Pas trace de métrite consécutive.

Comme on le voit à la lecture de cette observation, les accidents, qui avaient résisté aux injections intra-utérines intermittentes, après avoir cessé passagèrement à la suite du *curage* antiseptique de la cavité utérine, ont repris 24 heures après, plus intenses qu'auparavant, accompagnés cette fois de productions pseudo-membraneuses jusque dans le vagin et sur la vulve, pour céder immédiatement et définitivement à l'*irrigation continue* faite suivant la méthode préconisée par MM. Pinard et Varnier. Celle-ci, pratiquée pendant 48 heures, a suffi pour débarrasser complètement l'utérus des germes septiques qu'il contenait. Y aurait-il eu avantage à faire d'emblée cette irrigation ? Nous ne le croyons pas. Le curage préalable, outre qu'il a l'avantage de débarrasser d'un coup la cavité utérine de débris qui peuvent être longs à s'éliminer, suffit le plus souvent pour faire cesser complètement l'infection (1). Dans le cours de l'année 1891, nous avons eu l'occasion d'y recourir plusieurs fois dans le service de notre maître, M. Terrier, pour des accidents infectieux, consécutifs, soit à l'accouchement à terme, soit à l'avortement, toutes les malades ont guéri.

---

(1) CHARTIER (ANDRÉ). *Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus.* Paris, Steinheil, 1887.

Une seule fois il y a eu, après le curage, production de pseudo-membranes, localisées au col et disparaissant après 48 heures d'injections intra-utérines intermittentes. Dans tous les cas, nous avons fait suivre le curettage d'une irrigation avec une solution de sublimé à 1/10000, puis d'un écouvillonnage de la cavité utérine avec une solution de chlorure de zinc à 1/10. Une fois l'opération terminée, un gros drain était placé dans l'utérus et le vagin bourré de gaze iodoformée. Quant à l'irrigation continue, nous l'avons faite, dans le cas où nous y avons eu recours, en suivant exactement le manuel opératoire indiqué par le professeur Pinard. Le seul point particulier est qu'après avoir lavé pendant une demi-heure la cavité utérine avec une solution de sublimé à 1 pour 20000, nous nous sommes contenté de recourir à une irrigation continue avec de l'eau bouillie pendant les 48 heures qui ont suivi. Ces irrigations d'eau stérilisée ont, du reste, déjà été préconisées par Gottschalk qui croit qu'en diluant les ptomaïnes elle les rend innocentes. Point n'est besoin d'aller chercher pareille explication, la simple action mécanique du courant d'eau, rendant suffisamment compte de la cessation des accidents.

REVUE GÉNÉRALE

DES MÉTHODES DE TRAITEMENT DE SCHULTZE CONTRE LES RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

Par le Dr R. Labusquière.
(d'après une leçon de SCHULTZE) (1).

Les rétrodéviations de la matrice se classent en deux grands groupes : A), rétrodéviations mobiles, faciles à contenir, B), rétrodéviations adhérentes ou rebelles.

(1) Zur Therapie hartnäckiger Retroflexion der Gebärmutter. *Samml. klin. Vorträge*, n° 24, 1891.

I

A) *Traitement des rétrodéviations mobiles, faciles à contenir.* A l'aide de deux doigts introduits soit dans le vagin, soit dans le rectum, le chirurgien soulève le corps de l'utérus, manœuvre qui s'exécute sous le contrôle constant de l'autre main, qui suit l'organe à travers la paroi abdominale (fig. 1).

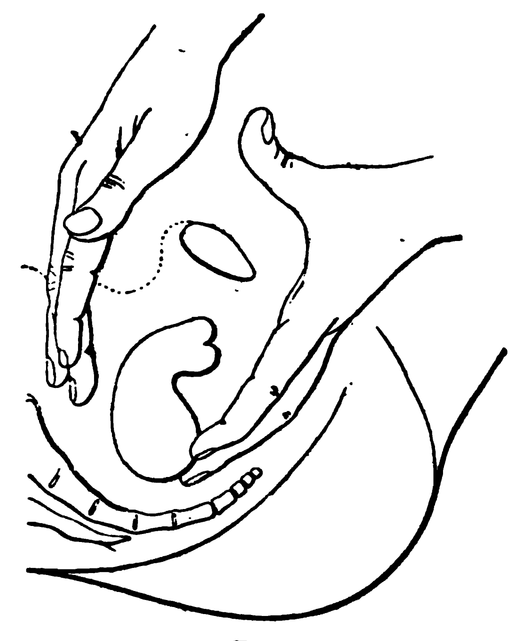


FIG. 1.

Quand le corps de la matrice a été remonté jusqu'au détroit supérieur, résultat qu'il n'est pas souvent facile d'obtenir, mais auquel on peut efficacement aider à l'aide d'une pression exercée sur le col, dans la direction de la flèche (fig. 2), les extrémités des doigts de la main hypogastrique reçoivent le fond de l'utérus (fig. 3) et l'amènent, très prudemment, plus en avant, de façon à le conduire peu à peu dans sa situation

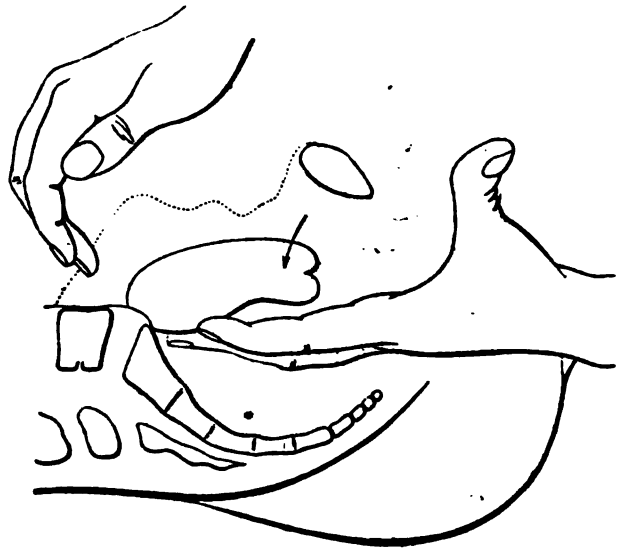


Fig. 2.

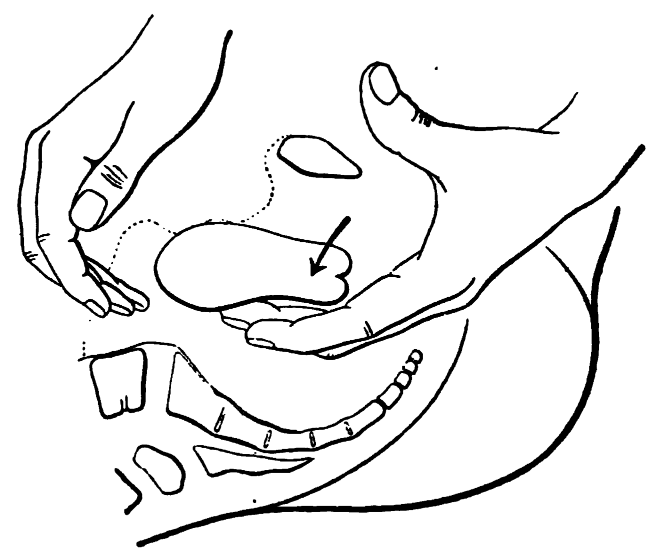


Fig. 3.

normale, en arrière de la symphyse. Durant ce temps, les doigts qui sont dans le vagin, se plaçant comme il est indiqué dans la figure 4, reconnaissent si la partie supérieure du col a conservé sa souplesse, sa flexibilité normale. Mais, la reposition de la matrice dans sa situation normale ne fait pas disparaître le relâchement des moyens de fixité de l'utérus, véritable cause de la rétroversion. Et si l'on ne se préoccupait pas

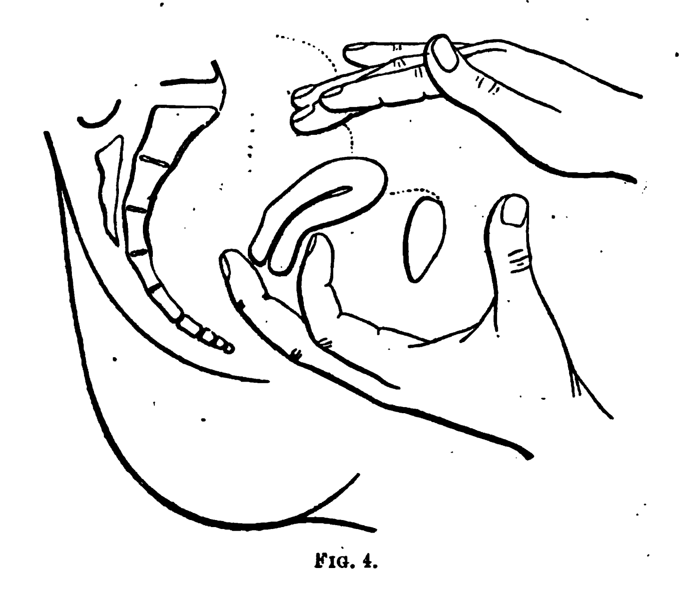


Fig. 4.

d'assurer la contention de l'organe redressé, il n'est pas douteux que le déplacement se reproduirait. Il faut donc substituer à l'action contentive, perdue, des ligaments utéro-sacrés une action ayant pour effet de maintenir, en arrière, le col de l'utérus. Et l'on y arrive, soit en fixant directement le col en arrière à l'aide d'un support direct, soit en refoulant, en distendant le cul-de-sac postérieur du vagin. On réalise ces conditions par le tamponnement du vagin avec de la gaze ou de l'ouate ou par l'application de pessaires de formes diverses. Le pessaire de Hodge, celui de Thomas maintiennent le col en arrière par la tension, le refoulement en haut du cul-de-sac

vaginal postérieur. On peut aussi en agissant sur la portion vaginale, fixer le col en arrière, au moyen des pessaires en 8 de chiffre et en traîneau (pessaires de Schultze). Mais, quels que soient les appareils employés, il importe que l'utérus puisse obéir aux déplacements qui lui sont alternativement transmis par la vessie et le rectum.

Le retour de l'utérus dans son antéflexion normale, les organes voisins étant en état de vacuité, est assuré par le pessaire, grâce à l'élasticité et à la contractilité du plancher périnéal sur lequel il repose.

D'une manière générale, il convient de façonner, de modeler le pessaire sur chaque cas que l'on a à traiter, et pour cela, ce qu'il y a de mieux, ce sont les anneaux flexibles malléables. D'autre part, de toutes les substances employées jusqu'ici, c'est le celluloïd qui paraît posséder le plus de qualités.

II

B) *Rétrodéviations adhérentes ou rebelles.* — Ce sont les rétrodéviations qui résistent aux tentatives de reposition, ou qui, la reposition effectuée, se reproduisent toujours, malgré l'application d'un pessaire aussi bien choisi que possible pour chaque cas. Les obstacles à la réduction aussi bien que les causes de la reproduction du déplacement utérin peuvent être reconnus au moyen d'un examen minutieux, exploration digitale par le rectum ou le vagin combinée avec la palpation abdominale (1). Ils sont constitués tantôt par des adhérences superficielles, larges, tantôt par des membranes en forme de cordons, qui unissent l'utérus à la paroi postérieure du bassin ou au rectum, les trompes et les ovaires au plancher de l'espace de Douglas, à la surface postérieure des replis de Douglas, ou à la paroi latérale du bassin. En d'autres cas, on constate par le même examen

(1) Ueber Palpation der Beckenorganen U. S. W., *Jenais. Zeitsch. f. Med. Naturwissenschaft.* Bd V Hft. 1.

minutieux que le revêtement péritonéal de l'utérus et de ses annexes est entièrement dépourvu d'adhérences. L'utérus se laisse bien remettre en antéversion ou en antéflexion, mais pour reprendre sa position normale dès que le doigt du chirurgien se retire, ou bien peu après. Dans ces cas, les obstacles à la contention de la réduction sont sous-péritonéaux et siègent dans le tissu cellulaire pelvien ou dans le tissu cellulaire du péritoine lui-même, cicatrices de péri ou paramétrites aiguës ou chroniques, indurations et rétractions qui affectent en partie le feuillet péritonéal de l'utérus, en partie le feuillet séreux qui va de l'utérus à la paroi pelvienne. Ces anomalies, le doigt explorateur les reconnaît parfois, mais souvent le chirurgien ne les devine qu'en tenant compte de la manière spéciale dont l'utérus, redressé, revient toujours dans sa mauvaise situation.

Tandis que les obstacles de la première catégorie fixent le fond de l'utérus en arrière, au contraire ceux qui rentrent dans la seconde fixent le col en avant; tandis que les premiers (exception faite, des adhérences avec l'intestin), s'opposent la plupart du temps aux tentatives de reposition, les autres au contraire n'empêchent pas cette reposition, seulement ils ne permettent pas le maintien de la position normale de la matrice. En certains cas, ces obstacles de nature diverse coexistent.

Conditions spéciales d'où découlent les indications pour le traitement des rétroflexions rebelles.

1) Adhérences péritonéales èt cordons membraneux.

2) Indurations et cicatrices situées à la surface du péritoine, ou au-dessous de la séreuse dans le paramétrium.

3) Relâchement ou paralysie des moyens de fixité normaux de l'utérus. Car, même dans les cas où ce relâchement des moyens de fixité n'est pas la cause originelle du déplacement, la tonicité de ces tissus se perd par le fait même de la suppression trop prolongée de leur fonction.

1) *Traitement dans le cas d'adhérences et de cordons péri-*

tonéaux. On peut, en beaucoup de cas, faire disparaître l'obstacle, par le décollement des adhérences anormales, exécuté dans la narcose, au moyen des doigts des deux mains, introduits soit dans le vagin, le rectum, au besoin dans le col de l'utérus primitivement dilaté, et agissant les uns contre les autres (1). Il est encore possible de détruire les adhérences péritonéales par le massage fait suivant la technique de Thure-Brandt. Dans certains cas enfin, il est indiqué de recourir au décollement, à la destruction directe des adhérences péritonéales après laparotomie (Olshausen, Czerny, Leopold, Klotz, Sänger). Schultze avait jadis proposé, avec l'idée d'éviter la laparotomie, d'ouvrir le cul-de-sac postérieur du vagin, et, après destruction des adhérences, de fixer le col en arrière au moyen d'une suture (2). Il concède, toutefois, avec Kustner, que dans le plus grand nombre des cas où il est nécessaire d'ouvrir le péritoine pour détruire les adhérences, il est préférable de faire la laparotomie.

La laparotomie faite, les adhérences détachées, et l'utérus ramené dans sa position normale, quel procédé appliquer pour assurer la réduction : fixer l'utérus à la paroi abdominale antérieure, raccourcir les ligaments ronds (Wylie, etc.), les ligaments utéro-sacrés (Frommel), les ligaments ronds dans le canal inguinal (Alquié), ou bien — suivant le conseil de Kustner, — fixer au moyen d'un pessaire le col en arrière, et, de cette manière, assurer le maintien de la position normale ? Schultze estime qu'il est impossible d'adopter un procédé unique pour tous les cas, mais il considère que le meilleur plan à suivre, consiste à assurer la situation normale de la matrice par le raccourcissement des replis de Douglas ou par l'application d'un pessaire. Seulement, il faut avant s'être bien assuré, les adhérences anormales une

(1) *Volkmann's Samml. klin. Vorträg.*, n° 176, 1879. *Cent. f. Gyn.*, 1883 ; *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd XIV, Hft 1, 1872.

(2) *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd XIV, Hft 1, 1887.

fois détruites, qu'abstraction faite du relâchement des moyens ordinaires de fixité, il n'existe aucune autre condition anormale qui force l'utérus à reprendre sa position anormale (indurations, cicatrices paramétriques). Si l'on constatait des altérations de cet ordre, il serait prudent de fixer l'utérus en pratiquant une des opérations précédemment citées.

2) *Indurations et cicatrices situées à la surface du péritoine ou au-dessous de la séreuse dans le paramétrium.* — Ces altérations, dans le plus grand nombre des cas, n'empêchent pas le chirurgien de ramener l'utérus dans sa position normale, mais ce à quoi elles s'opposent, c'est à la contention permanente de l'organe réduit. Un cordon cicatriciel qui, du col de l'utérus, se continue librement vers l'épine sciatique, peut constituer l'obstacle.

Plus un cordon cicatriciel se dirige en avant vers la paroi pelvienne, plus il éloigne la portion vaginale de la ligne médiane, plus il place l'utérus dans une direction oblique, et plus aussi les obstacles au maintien de la réduction sont considérables. Contre ces lésions, Schulze a, depuis quatre années, pratiqué avec de grands avantages le massage suivant la méthode de Thure-Brandt et combiné avec l'emploi des pessaires. Quand on se borne à faire exclusivement le massage, quand on laisse, même pendant un intervalle de quelques heures seulement, l'utérus sans soutien, on retrouve habituellement à chaque séance l'utérus dans la même position qu'il avait avant la séance précédente.

Au contraire, si l'on a soin d'assurer, après chaque séance de massage, le bénéfice obtenu par l'application d'un pessaire, ou, au cas d'intolérance pour cet appareil, d'un tampon d'ouate ou de gaze, on arrive promptement au but. En résumé, Schultze accorde une grande importance à l'emploi combiné du massage et des moyens, appropriés (1), de contention.

(1) Souvent, dans des cas où la contention de l'utérus, redressé, par des

Quand ces moyens ne suffisent pas, quand on est obligé de faire la rétroposition intra-utérine de l'utérus, il faut, au préalable, laver l'utérus, et quand il est étroit, le dilater. Il importe également de rechercher si l'endométrium n'a pas une tendance trop manifeste à se laisser léser, et s'il n'est pas trop sensible. Une sonde souple, non élastique, une tige en métal, à faible courbure, légèrement conique, et de 5 à 7 millimètre de diamètre constituent les instruments utiles. Avec cela, une antisepsie rigoureuse, l'impossibilité assurée de porter les sécrétions vaginales dans l'utérus, sont des conditions complètement indispensables.

La femme étant placée dans la position génu-pectorale, la portion vaginale bien en vue dans un spéculum en forme de cuiller, on saisit la lèvre antérieure avec une pince à griffe, on abaisse un peu la portion vaginale, puis on introduit la sonde conique dans la cavité utérine, la courbure de l'instrument étant dirigée en arrière. On retourne ensuite lentement l'instrument, et l'on pousse l'utérus au dehors du bassin en le dirigeant du côté vers lequel ce mouvement est plus facile, détail dont il faut s'être primitivement assuré par la palpation bimanuelle. L'instrument retiré, la femme ayant repris le décubitus dorsal, on complète la réduction, c'est-à-dire qu'on ne s'arrête que quand le fond de l'utérus repose en arrière de la symphyse. Immédiatement après, on procède à un massage qui doit durer de 2 à 4 minutes au plus. Enfin, on assure la contention de l'organe soit par un pessaire approprié, soit par un tamponnement à la gaze ou à l'ouate, chargée ou non de substances médicamenteuses.

---

pessaires, est douloureuse, intolérable, il est possible de l'assurer par le tamponnement du vagin : avec de l'ouate, par exemple. Les tampons sont avantageusement appliqués, la femme étant dans la position génu-pectorale. Schultze se sert d'ouate salicylée à 4 0/0, ou bien il ajoute, au traitement orthopédique, l'action de certaines substances médicamenteuses. A cet effet, l'ouate est imprégnée soit de glycérine, de solutions iodurées, ou d'ichthyol, dernière substance qui a l'avantage de fortifier pour ainsi dire la muqueuse vaginale et de la rendre plus apte à supporter les agents mécaniques employés.

Pendant les règles, il est évident que le tamponnement du vagin n'est pas de mise. Quand la femme peut supporter un pessaire en celluloïd, le pessaire maintient l'antéversion ; mais, si l'instrument n'est pas toléré, il arrive malheureusement quelquefois que l'utérus se replace en rétroflexion. Le massage, à condition, bien entendu, qu'il n'ait pas été suivi antérieurement d'effets fâcheux, ne doit pas être suspendu pendant la menstruation. L'interruption du massage, avant qu'on ait obtenu un résultat positif, éloigne le succès. Schultze, dans le cas où le tampon est laissé 4 jours, masse sur le tampon ; aussi le tamponnement ne doit-il pas être si serré qu'on ne puisse introduire un doigt entre le tampon et la paroi du vagin. L'auteur masse également sur le pessaire vaginal. Il a obtenu de cette pratique des résultats très favorables.

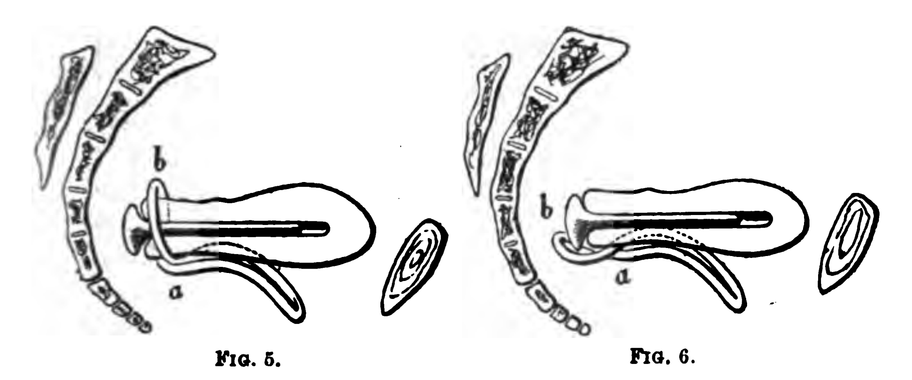


Fig. 5. Fig. 6.

Quand l'utérus tend invinciblement à reprendre la *forme* rétrofléchie, ce qui n'est pas rare dans les cas de rétroflexion, tendance qui se manifeste même quand on a réussi à fixer la portion vaginale en arrière, Schultze emploie concurremment une tige intra-utérine (en ivoire ou en celluloïd) qui est destinée à empêcher l'utérus de prendre la *forme* rétrofléchie, et le pessaire en 8 de chiffre, qui remplit son but ordinaire, la fixation du col en arrière. Les figures (5 et 6) montrent la disposition réciproque de la matrice et des deux instruments.

D'autre part, dans les dernières années, Schultze a plusieurs fois massé l'utérus sur la tige d'ivoire intra-utérine, et il a retiré de cette pratique des résultats très favorables, précisément dans les cas de rétroflexion essentiellement rebelles auparavant. Dans deux cas, il a même continué avec avantage cette manière de faire pendant la menstruation. En terminant cette description du massage, l'auteur insiste sur les précautions minutieuses dont il doit être entouré, sur l'expérience, l'habileté, la patience qu'il requiert, conditions au défaut desquelles la méthode comporte de réels dangers et est exposée à un discrédit injustifié.

III

Traitement chirurgical. — Bon nombre de cicatrices qui fixent le col latéralement, et beaucoup plus en avant qu'il n'est dans sa position normale, sont les suites de déchirures cervicales, survenues au cours de l'accouchement. Certaines de ces déchirures affectent les culs-de-sac du vagin et se prolongent jusque dans le paramétrium, et les cicatrices auxquelles elles donnent lieu s'étendent aussi loin. Les autres déchirures ne sont pas aussi profondes, mais la paramétrite développée durant les suites de couches devient le point de départ du tissu cicatriciel qui fixe anormalement l'utérus. Contre ces cicatrices cervicales, contre l'ectropion cervical qui en résulte, on fait l'opération d'Emmet, à laquelle on a en outre attribué (Van de Warker, Vuillet, Dudley, Sinclair, Sänger, Martin) le mérite d'exercer une influence heureuse sur la rétroversion elle-même.

Ce résultat complémentaire de l'opération d'Emmet ne peut s'expliquer que si l'on admet qu'au cours de cette opération, on a libéré le col des cicatrices qui le maintenaient anormalement fixé. Il est évident que ce résultat heureux sera d'autant plus sûrement obtenu que le chirurgien l'aura fait rentrer parmi les indications sur lesquelles il fonde sa méthode d'intervention. Lorsque la cicatrice s'élève très

haut dans le paramétrium, Schultze conseille d'avoir recours à l'opération indiquée par Martin (1). Dans les cas de rétro-déviations sous la dépendance d'une brièveté infantile de la paroi vaginale antérieure, il faut suivre la méthode opératoire que Skutsch a appliquée avec succès contre la brièveté infantile du vagin (2) : il incise transversalement la paroi du vagin, écarte fortement les bords de la plaie, les réunit par des sutures transversales, obtient une cicatrice longitudinale, perpendiculaire à la direction de l'incision. L'allongement ainsi obtenu de la paroi antérieure du vagin permet de ramener le col en arrière, et par l'application d'un pessaire en 8 de chiffre, de maintenir l'utérus dans l'antéflexion normale.

Quand on n'a réussi par aucune des méthodes précédentes, on peut, en certains cas, pratiquer la vieille opération d'Alquié, le raccourcissement des ligaments ronds. Encore faut-il que ces ligaments soient accessibles et fortement développés. Cette opération, d'ailleurs, malgré la vogue dont elle jouit en Amérique, n'est susceptible que d'une application limitée. Schultze a relevé plusieurs cas d'insuccès indéniables. Il y a aussi l'opération de Schücking, mais ce procédé opératoire, malgré les perfectionnements qu'on lui a fait subir dans le but d'éviter les blessures de la vessie, comporte encore trop de risques pour le voir entrer dans la pratique courante. En somme, l'opération de choix pour le plus grand nombre des chirurgiens, consiste à fixer, après laparotomie,

(1) « Je saisis l'utérus mis à découvert et j'exerce sur lui des tractions aussi considérables que le permet la continuité des parties dans le sens opposé aux adhérences. Puis j'excise la cicatrice de la surface externe du col à l'aide d'une section en croissant, embrassant la partie latérale. D'habitude, j'enfonce de dehors en dedans, et le long du col, un couteau pointu, à deux tranchants, que je promène assez loin et assez profondément autour de l'utérus pour le débarrasser des brides cicatricielles. La plaie s'ouvre largement et la matrice tombe alors dans le milieu du bassin, etc... ». *Traité clinique des maladies des femmes*. Trad. française, par VARNIER et WEISS, p. 124.

(2) *Verhandl. der deutsch. Gesells. f. Gyn.*, II, 1888, p. 184.

l'utérus en avant, en unissant soit le fond de l'utérus, soit les cornes utérines à la paroi abdominale antérieure (hystéropexie directe ou indirecte).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 janvier 1892.

Suite de la discussion sur l'**accommodation en obstétrique.**

Loviot. — Faits cliniques : 1) **Rupture spontanée des membranes avec écoulement lent du liquide amniotique à la fin du 8e mois de la grossesse. Septicémie passagère avant le travail par omission des précautions antiseptiques. Enfant vivant. Insertion du placenta sur le segment inférieur.** — Fait observé chez une IIIpare, âgée de 26 ans. Le travail se déclara 5 jours environ après le début de l'écoulement du liquide amniotique, lequel s'était produit inopinément, sans intervention d'aucune circonstance extérieure appréciable.

Expulsion d'un enfant vivant, du poids de 2,650 gr. Délivrance normale. A l'examen du délivre, on constata qu'elles étaient rompues non loin de sa périphérie, ce qui indiquait que le placenta s'insérait très bas, circonstance favorable à la rupture prématurée des membranes ; 2) **Application du forceps pour une O.I.D.P. après réduction manuelle, cinq circulaires autour du cou. Longueur du cordon 1 m. 25** ; 3) **Ovulation sans menstruation, grossesse méconnue par l'intéressée....** 36 ans, premières règles à 16 ans, depuis, menstruation toujours régulière, durant de 8-10 jours. Il y a 14 mois environ, cessation de la menstruation, et à un certain moment, gonflement du ventre, que la malade, très rhumatisante, met sur le compte du rhumatisme. Après être restée 14 mois sans être réglée, la femme est prise de douleurs de travail, et l'on extrait par le forceps un fœtus vivant, dont le développement phy-

sique correspond à 6 1/2-7 mois de vie intra-utérine au plus, et qui s'élève parfaitement, quoique au biberon. L'auteur fait remarquer qu'il serait intéressant de savoir si cette femme sera de nouveau menstruée; 4) **réduction spontanée pendant la grossesse d'un fibrome utérin remplissant le cul-de-sac latéral gauche du vagin. Rupture des membranes, avec écoulement brusque du liquide amniotique 4 jours 1/2 avant l'accouchement, mort du fœtus.**

M. le Dr E. Blanc lit un travail sur **les rapports des inflammations péri-utérines avec la grossesse et l'accouchement.**

Les auteurs classiques n'ont pas encore porté leur attention sur ce coin de pathologie obstétricale. Tous les gynécologues ou accoucheurs signalaient les dangers que court la grossesse dans les cas où l'utérus est dévié ou fixé par des adhérences. MM. Pinard et Varnier, dans leur importante étude sur la rétroversion de l'utérus gravide, font une distinction très juste entre les adhérences para-utérines, c'est-à-dire unissant l'utérus aux parois et viscères pelviens, et les adhérences extra-utérines, effectuée en dehors de cet organe, mais à son voisinage immédiat. Tandis que les premières tendent à s'amollir, à se résorber et à disparaître durant la grossesse, les secondes ne subissent pas ou presque pas l'influence modificatrice de la gestation. Mégrat, dans son travail sur la péritonite durant la grossesse, ne fait qu'effleurer ce sujet, et l'auteur qui s'en est le plus occupé, c'est Pierre Delbet, dans son traité « Des suppurations pelviennes chez les femmes ». Il consacre en effet deux pages à ce sujet et relève 8 cas de péritonites purulentes déterminées par l'ouverture de salpingites ou ovarites anciennes.

M. Blanc a pu réunir 50 observations d'inflammations péri-utérines compliquant la grossesse ou l'accouchement. De ces observations, 12 lui sont personnelles. Il les groupe, d'après le diagnostic clinique ou d'après l'examen anatomique, en 4 catégories: 1° phlegmons du ligament large (11 cas); 2° salpingo-ovarites (18 cas); 3° pelvi-péritonites (13 cas). 5 cas se rapportent à des lésions tuberculeuses des annexes ou du péritoine pelvien, et constituent une véritable rareté pathologique.

Quelle est l'influence de la grossesse sur les lésions inflammatoires du petit bassin? Elle est très fâcheuse. Il suffit pour le démontrer de dire que la mortalité maternelle atteint le chiffre de 49 0/0 dans tous les cas pris en bloc. Le taux de cette mortalité varie d'ailleurs beaucoup avec les diverses catégories d'affections

établies. Tandis que dans les 10 cas de phlegmons du ligament large dont le résultat est connu, l'auteur ne trouve que 3 morts à mettre plus ou moins directement sur le compte de cette complication, soit une mortalité de 30 0/0, il arrive avec les salpingo-ovarites au chiffre de 11 morts sur 18, ou 62 0/0 et avec les pelvi-péritonites à celui de 55 0/0 ou 8/13. Une statistique comparative empruntée à Delbet et portànt sur 391 cas de salpingo-ovarites en dehors de la grossesse donne une mortalité maternelle de 20 0/0 et celle de 33 0/0 pour les abcès pelviens non traités et ouverts dans le vagin. Cette grande différence dans le pronostic est justifiée théoriquement. En effet, les collections incluses dans le ligament large, isolées par une poche kystique épaisse, complètement fermée, subissent d'une façon moins directe et en tout cas moins dangereuse, l'effet du déplacement et de la distension de l'utérus gravide.

Comment agit la grossesse pour provoquer avec autant de facilité le réveil ou une aggravation de ces accidents inflammatoires?

Il faut évidemment d'abord compter avec les modifications puerpérales des liquides de l'économie, et surtout de la zone pelvienne. Mais il faut tenir un compte essentiel des rapports nouveaux que prend l'organe de la gestation, et de la rupture relativement fréquente des adhérences qui limitent et protègent les collections grandes ou petites, situées dans son pourtour. Au fur et à mesure que l'œuf se développe, l'utérus quitte l'excavation pelvienne pour remonter dans l'abdomen, et par cela même entraîne et tiraille ses annexes, déplace ses culs-de-sac, exerçant des effets identiques sur les poches kystiques qui, accidentellement, l'environnent et gênent sa distension. Que cette affection soit le résultat d'une pelvi-péritonite ou d'une inflammation tubaire, elle peut, dans ces conditions, se déverser à la surface de la séreuse péritonéale. M. Blanc trouve que dans les salpingo-ovarites, la mort a lieu très fréquemment (50 0/0) par rupture de la poche kystique. Cette même cause de mort n'intervient en dehors de la grossesse que dans 11 0/0 des cas.

Dans les salpingites, l'éruption intra-abdominale du liquide, peut se faire d'une autre façon : par expression de ce liquide à travers l'*ostium abdominale*, sous l'influence de l'augmentation de pression que crée l'utérus en voie de développement, et peut-être aussi de la traction exercée sur les trompes. Un fait intéres-

sant à signaler c'est que dans un certain nombre de cas (5) la rupture des collections ne s'est faite qu'après l'accouchement, soit dans les premiers jours de couches, soit même plus tard, 21 jours : cas de Sänger, 15 jours après un avortement.

Il est probable enfin que la grossesse peut-être cause de rupture tubaire, en réalisant la fermeture du trajet par lequel s'écoulait d'une façon intermittente le pus accumulé dans les trompes, c'est-à-dire en fermant la cavité utérine.

Si, au moment où la femme devient enceinte, il ne reste comme vestiges de l'inflammation ancienne du petit bassin, que des adhérences fibreuses, maintenant l'utérus dévié en divers sens et surtout en arrière, l'effet de la grossesse sur ces trousseaux fibreux sera favorable. Elle les assouplit, les amollit, comme elle fait pour les fibromes, et rend possible leur distension.

Dans un certain nombre de cas, qu'il est impossible d'apprécier par le moyen des statistiques, la grossesse a évolué en n'exerçant sur l'inflammation péri-utérine qui la précédait, aucune influence de quelque gravité.

Les inflammations et collections pelviennes à leur tour témoignent leur présence durant la grossesse ou l'accouchement par des effets tout aussi sérieux quoique de nature différente. La grossesse est interrompue dans plus de la moitié des cas, 55 0/0, et presque toujours cette interruption est un avortement. La plus grande part de cette fâcheuse influence revient aux pelvi-péritonites (76 0/0) et la plus faible aux lésions des annexes (35 0/0). Quant à la cause de l'avortement il faut chercher parmi divers facteurs qui peuvent agir isolément ou simultanément : poussées inflammatoires, situation vicieuse de l'utérus, adhérences, etc... Parfois c'est dans l'œuf ou la cavité utérine elle-même (endométrite) que réside la cause de l'avortement, ainsi que l'auteur en relate un exemple très net.

Après quelques considérations générales sur les marches de ces affections, l'auteur s'occupe de leur diagnostic. Il montre combien dans ces conditions est difficile le diagnostic de la grossesse à ses trois premiers mois. Les affections qui peuvent le plus souvent donner lieu à une méprise, sont : la grossesse rétro-utérine, la rétroversion de l'utérus gravide, la présence dans le cul-de-sac postérieur d'un fibrome ou d'un kyste de l'ovaire enflammés, l'hématocèle dont M. Blanc rapporte une observation au 3e mois de la grossesse.

Relativement au traitement, il convient, eu égard à la gravité du pronostic, de défendre la grossesse à toutes femmes porteurs d'une des lésions inflammatoires relatées ci-dessus. Durant la gestation, le traitement sera le même qu'à l'état de vacuité. Mais la laparotomie a été pratiquée pour ruptures des trompes et péritonite suraiguë. Une seule femme a guéri, et la grossesse a continué son cours. Deux fois la lésion inflammatoire a été cause de dystocie. Dans un cas de Felsenreich (obs. IX), un phlegmon du ligament large obstruait en partie l'excavation pelvienne; on fit la craniotomie; l'enfant était mort d'ailleurs. Dans un second cas (obs. LX, Vincent), une tumeur kystique, suite de pelvi-péritonite, obstruait le cul-de-sac de Douglas et dût être ponctionnée par le vagin, au moment de l'accouchement.

Dans les suites de couches certaines formes de septicémie ne sont que l'expression d'une infection produite par l'extension, ou par le développement d'une collection purulente, dont la femme était porteur durant sa grossesse.

Discussion. Budin ne veut pour le moment s'occuper que des accidents qui surviennent après l'accouchement. Ces accidents avant l'introduction de la méthode antiseptique en obstétrique étaient confondus avec ceux de la fièvre puerpérale proprement dite. A son avis, ils sont plus précoces, en général, que ne semble l'indiquer M. Blanc. M. Budin les a vus survenir parfois 24-48 heures après l'accouchement. Dans un 1er fait, il s'agissait d'une femme qui, antérieurement atteinte d'accidents péri-utérins, présenta 48 heures après l'accouchement des troubles graves, malgré une antisepsie rigoureuse. Cette femme évacua peu après par le rectum une abondante quantité de pus, évacuation qui fut suivie de la cessation des accidents. Dans un second cas, les accidents fébriles survinrent également 48 heures après l'accouchement. L'accouchée avait eu auparavant de la suppuration de la fosse ischio-rectale, suppuration qui se reproduisit après l'accouchement. Ces accidents sont dus à une disposition spéciale, mise en relief il y a déjà longtemps, de la femme en était puerpéral à fabriquer du pus. Cette disposition se manifeste non seulement sur les lésions anciennes ayant leur siège dans la sphère génitale, mais encore sur celles situées en d'autres régions du corps (récidive après l'accouchement d'une dacryo-cystite suppurée, suppuration de veines variqueuses, etc.). Il y a comme un réveil des accidents, qu'on invoque ou non ce que Verneuil a

appelé le microbisme latent. GUÉNIOT. Ces accidents ne peuvent actuellement s'expliquer que par le réveil, sous l'influence de la débilitation inhérente à la grossesse ou du traumatisme de l'accouchement, d'une infection antérieure. Plus exceptionnellement, il peut s'agir non plus d'accidents locaux, mais d'infections généralisées ou d'intoxications qui, engendrées au cours de la grossesse, ne se manifestent qu'après la délivrance (empoisonnement produit par le voisinage d'une fosse d'aisances). L. CHAMPIONNIÈRE, estime que le pronostic qui se dégage du travail de M. Blanc est trop sombre ; que d'après son expérience, il n'est pas douteux que bon nombre de femmes atteintes de lésions péri-utérines traversent plusieurs grossesses et accouchements sans être exposées à des accidents aussi sérieux. Il reconnaît avec lui que ces sujets ont une disposition très marquée à l'avortement. PORAK, n'ayant jamais observé de fait analogue, avait pensé que les lésions péri utérines devaient être une cause importante de stérilité, il serait intéressant d'étudier la question sous ce point de vue.

R. L.

S. BONNET. — **Note sur un mode de préparation antiseptique des tiges de laminaire et des éponges dilatatrices.**

On sait quel rôle important joue aujourd'hui dans la thérapeutique gynécologique la dilatation progressive de la cavité utérine. De toutes les substances utilisées dans le but de l'obtenir, tiges de tupelo, racine de gentiane, ivoire décalcifié, laminaires, éponges préparées, etc., les deux dernières sont les plus généralement employées.

Mon intention n'est de faire ici l'histoire, ni de la dilatation, ni de ses moyens : de nombreux mémoires l'ont faite, et je renvoie aux indications et aux expériences communiquées ici même, en 1887, par M. Porak. Je veux indiquer simplement le mode de préparation antiseptique économique et simple que j'ai coutume d'employer.

Les tiges de laminaire, destinées à la dilatation utérine, se trouvent, dans le commerce, sous forme de bâtonnets tournés, lisses, perforés d'après le procédé de Greenhalg ou pleins, de calibre progressif, mais de longueur uniforme. On n'en trouve guère, je crois, que de 6, et plus difficilement, de 8 centimètres. Elles sont généralement munies, à leur base, d'une soie destinée à en faciliter le

retrait, et dont l'utilité est fort contestable. Le principal avantage de ces tiges consiste dans la facilité de leur introduction, en raison de l'unité de leur surface; mais elles présentent, en revanche, un double inconvénient :

1° Étant de longueur égale, elles ne correspondent pas aux dimensions de tous les utérus : il en résulte que, trop longues, elles peuvent venir lutter contre la paroi vaginale postérieure, et y déterminer, surtout si la malade marche, soit une perforation de la cloison, soit une ulcération plus ou moins profonde.

M. Pichevin vient de publier un cas de ce genre et il m'a été donné aussi de constater ce petit accident.

Trop courtes, elles s'enclavent pendant leur turgescence surtout chez les nullipares, au-dessus de l'orifice du museau de tanche : on peut éprouver alors une difficulté considérable à les retirer. J'ai vu plusieurs fois M. Doléris — et je me suis trouvé moi-même dans la même nécessité — obligé de faire une section bilatérale du col pour arriver à les extraire. Au début d'une opération et lorsque la malade est sous le chloroforme, le désagrément est de mince importance, mais il est autrement ennuyeux lorsqu'on le rencontre dans son cabinet, sans aides, sur une malade inquiète et souffrant.

2° En second lieu, ces tiges, très lisses et parfaitement cylindriques à l'état sec, révèlent, en se dilatant, tous leurs défauts, c'est-à-dire des nœuds, des aspérités qui s'accrochent à la paroi et au relief de l'orifice interne, ce qui peut rendre leur retrait fort difficile et très douloureux.

Il n'est pas nécessaire d'avoir fait un bien grand nombre de dilatations pour s'être trouvé aux prises avec ces diverses petites complications.

On trouve les éponges préparées de deux manières ; sous formes de petits cônes sans aspérités, et sous la forme ancienne d'éponge à la ficelle.

Les cônes sont ordinairement trop courts, et en raison de leur forme et de leurs dimensions, s'ils sont d'introduction aisée, ils ne dilatent guère que la cavité cervicale.

A ceux-ci, comme à l'éponge à la ficelle, on peut également adresser un double reproche. C'est qu'on n'est jamais absolument sûr de leur asepsie et qu'ils ne sont pas toujours consciencieuse-

ment préparés, avec une seule éponge. Il est arrivé que, croyant retirer l'éponge tout entière de la cavité utérine, on y en a laissé un fragment, et il est facile de pressentir les dangers d'un tel accident.

Enfin, laminaires et éponges ainsi préparées sont d'un prix relativement élevé et, pour secondaire qu'elle soit, cette considération peut ne pas être négligeable.

J'ai essayé, pour mon usage personnel, de remédier d'une façon pratique et économique à ces quelques désiderata, et, depuis bientôt deux ans, mon collègue le Dr Petit et moi, nous nous servons, avec une entière satisfaction, de laminaires et d'éponges préparées de la façon suivante :

1° *Laminaires :* Celles que j'emploie sont les tiges brutes du commerce, achetées au poids, simplement séchées et vierges de tout apprêt. Il est bon de choisir les plus lisses et les plus dures, car quelques-unes, d'aspect terreux, se montrent, après gonflement, molles, friables et pourraient s'écraser dans l'utérus sous la pression de la pince.

On les divise alors en segments de différentes longueurs, de 6 à 8 ou 9 cent. en tenant compte ainsi de leur allongement pendant le gonflement. Après les avoir brossées et lavées, afin de les débarrasser des matières étrangères qui peuvent adhérer à leur surface, on les plonge dans une solution froide de sublimé au 1/1000e et dans un vase propre, de dimensions assez grandes pour que leur dilatation ne soit pas contrariée. Il est bon de couvrir le vase afin de soustraire la préparation aux germes de l'atmosphère.

Les tiges n'atteignent leur maximum de turgescence, dans la solution froide, qu'au bout de 12 à 24 heures et même davantage. Cette différence tient à plusieurs causes : volume de la tige, température de la saison ou de l'appartement, etc...

Il n'y a nul inconvénient, du reste, à les y laisser séjourner plus longtemps, et on peut, par contre, en hâter le gonflement en les plongeant tout d'abord dans une solution tiède.

Je les lave alors dans de l'eau stérilisée et je les laisse macérer de nouveau, pendant un temps indéterminé, 24 heures au moins, dans de l'eau naphtolée au 1/1000e que j'obtiens par addition de 20 c. c. par litre d'uue solution alcoolique de naphtol au 1/20e.

Il n'y a plus qu'à les retirer de ce bain, en arrondir une extrémité avec une lame tranchante et les laisser sécher. Cette dessiccation ne doit pas s'opérer à l'air libre où leur surface pourrait se contaminer de nouveau ; on peut les envelopper dans une gaze ou dans de l'ouate antiseptique. Mais, par ce moyen, ce temps de la préparation est assez long et demande de 5 à 10 jours, suivant la température ambiante et le calibre des tiges. On peut obtenir beaucoup plus rapidement ce résultat à l'étuve modéré, ment chauffée, ou, ce qui est mieux à la portée de tout le monde dans un simple four de cuisine, à condition de les y exposer dans un récipient propre.

Quel que soit le procédé adopté, il est bon de les surveiller et de ne pas les laisser arriver à un degré de sécheresse extrême, ce qui les rendrait dures, cassantes et plus difficiles à introduire. Alors qu'elles sont encore souple et malléables, bien qu'à peu près totalement rétractées, je les plonge dans de l'éther additionné de naphtol à 1 0/0 ou d'iodoforme à 5 0/0. Là elles finissent de se contracter tout en conservant leur souplesse et peuvent y être conservées indéfiniment, jusqu'au moment de leur emploi.

En résumé : choix, segmentation et lavage des tiges brutes; immersion dans une solution de sublimé au 1/1000e jusqu'à dilatation maxima; lavage à l'eau bouillie et macération nouvelle dans l'eau naphtolée; enfin, dessiccation et conservation dans l'éther iodoformé ou naphtolé; telle est la série des manipulations qui doivent être faites, bien entendu, avec des mains antiseptiques.

Ainsi préparées, ces tentes sont souples et sûrement antiseptiques. Il est facile, après l'hystérométrie, de les choisir de dimensions convenables à chaque cas particulier : on peut facilement les raccourcir d'un coup de ciseaux.

Enfin, il est un petit point sur lequel je demande la permission de revenir. Ces tentes sont d'aspect assez inégal et ne flattent pas l'œil tout d'abord comme les tiges tournées du commerce ; mais, à l'inverse de celles-ci, elles ont les qualités de ce défaut. Elles se dilatent en un *cylindre parfait, absolument lisse*, sans aucune des inégalités qui se révèlent pendant la turgescence de celles-là et qui en rendent parfois l'extraction si douloureuse. Cette netteté de leur surface assure parfaitement l'écoulement des sécré-

tions et rend inutile la perforation centrale. Leur retrait est toujours très facile.

Quant à leur introduction, la souplesse qu'elles conservent les rend également faciles et, dans le cas où on les aurait laissées trop sécher, il est facile de les rendre malléables en les trempant pendant quelques secondes, dans une solution chaude de sublimé.

2° *Eponges.* — J'en emploie de deux sortes : les petites éponges indiennes, fournissant une seule tente, et une variété peu appréciée dans le commerce.

Celles-ci sont formées d'une base grossière dont émergent de longues branches coniques plus ou moins divisées et volumineuses.

Chacun de ces cônes, isolé et régularisé aux ciseaux, servira à préparer une longue tige dans laquelle on pourra tailler plusieurs tentes. Réduites par la ficelle, elles ne sont guère plus grosses que des laminaires de gros et même de moyen calibre. Très résistantes, elles ne se déchirent pas sous la traction de la pince et produisent une très bonne dilatation cylindrique.

Moins lisses que les cônes préparés, les éponges à la ficelle seraient sans doute plus difficiles à introduire comme premier agent de dilatation, mais on ne s'en sert généralement que lorsque la voie a été préalablement ouverte par une ou plusieurs laminaires successives : elles pénétrent alors sans difficulté.

Je les fais blanchir avant qu'elles ne me soient livrées. Comme on emploie pour cela le permanganate de potasse et le sulfite de soude, c'est déjà une préparation antiseptique qui les débarrasse des germes qu'elles ont pu recueillir au magasin.

Après avoir été taillées et débarrassées, s'il y a eu lieu, de leurs calcaires, elles sont soumises aux mêmes manipulations que les laminaires, c'est-à-dire immergées pendant plusieurs jours dans de la liqueur de Van Swieten, lavées à l'eau bouillie et plongées de nouveau dans l'eau naphtolée.

Il n'y a plus qu'à les exprimer et à les comprimer à la ficelle.

Je n'insiste pas sur ce dernier temps de la préparation : il n'est pas nouveau. Il faut employer de la ficelle de fouet, c'est-à-dire très tordue et ne s'aplatissant pas. Je la laisse immergée pendant quelques jours, comme les éponges, dans une solution de sublimé. Les tours de spire doivent être très serrés et partout en contact.

On obtient ainsi de longues tiges aseptiques, suffisamment rigides, qu'on coupe à la longueur voulue et qu'on arrondit grossièrement à une extrémité, qui pénètrent facilement dans la cavité utérine préablement ouverte par la laminaire, et se dilatent cylindriquement.

Je donne pour ce qu'il vaut ce procédé de préparation sans le prétendre meilleur qu'un autre et sans le discuter théoriquement. Je sais que la simple immersion dans l'éther iodoformé suffit ordinairement à assurer l'asepsie des tentes qu'on emploie, quelle que soit leur provenance; mais j'ai néanmoins plus de confiance en celles que j'ai préparées moi-même.

D'autre part, si je ne me contente pas de la première immersion dans le sublimé, c'est qu'il m'est arrivé d'observer sur le col de petites ulcérations caractéristiques, après avoir employé des tentes ayant séjourné dans la solution au 1/1000e. C'est ce qui m'a engagé à les débarrasser par le lavage, de la majeure partie au moins des sels mercuriels; comme aussi à ne plus me servir pour les enduire, de vaseline au sublimé.

Enfin la régularité de la dilatation que donnent ces tentes, en dehors de la sécurité qu'elles confèrent, me semble encore justifier leur emploi.

REVUE ANALYTIQUE

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

De l'anatomie de la trompe gravide. (Zur Anatomie der schwangeren Tube). G. KLEIN, *Zeitsch. f. Geb. u Gyn.* Bd XX, Hft 2. p. 288.

D'un examen microscopique très minutieux (et à cette occasion l'auteur insiste sur les grands avantages des coupes en séries qui lui ont permis d'interpréter certaines particularités dont la signification eût échappé avec des coupes isolées) d'un œuf âgé d'un mois et demi, Klein déduit les propositions suivantes :

1) L'œuf peut occuper un point excentrique de la trompe, se nicher dans une des dépressions formées par les replis tubaires.

A ce niveau, la paroi tubaire est amincie et prédisposée à la rupture. La paroi opposée est hypertrophiée. Le développement de l'œuf peut ultérieurement produire l'amincissement de la paroi primitivement hypertrophiée.

2) Dans l'ensemble, la caduque tubaire ressemble à la caduque utérine, mais elle en diffère par deux points : elle contient dans sa portion inférieure, entre les amas de cellules déciduales, des tractus connectifs, qui correspondent à la structure de la muqueuse tubaire normale. Elle possède, en outre, près de la musculeuse, une zone intermédiaire, dans laquelle, cellules déciduales, faisceaux musculaires et conjonctifs, peuvent se mêler : *sous-muqueuse tubaire.*

3) Il existe, entre les villosités choriales et la caduque tubaire, une connexion des plus intimes. La caduque engaine les extrémités villeuses, s'insinue et s'élève en certains endroits entre les villosités *(Caduque intervilleuse)* et peut, frappée de nécrose, former des *noyaux nécrotiques* (infarctus) avec les villosités incluses, comprimées. *Les villosités représentent l'élément passif, la caduque l'élément actif.*

4) *Il n'y avait pas de caduque réflexe dans le cas actuel.* Les faits communiqués par Winckel et Frommel (1) ne sont pas concluants. Le plus grand nombre des auteurs n'ont pas trouvé de réflexe tubaire.

5) La déchéance de l'épithélium tubaire, son passage d'épithélium cylindrique à un épithélium polygonal, cubique, presque pavimenteux, constitue, comme on le sait, un caractère important de la grossesse, aussi bien dans la gestation extra-utérine qu'intra-utérine.

6) Les vaisseaux tubaires (*vaisseaux tubo-placentaires*) s'ouvraient librement, dans le cas actuel, dans les espaces intervilleux. Comme il n'a pas été trouvé de caduque réflexe, ce placenta représenterait un 3e type de placenta des mammifères. R. L.

De l'anatomie de la grossesse tubaire ; considérations sur le développement du placenta humain. (Zur Anatomie der Eileiterschwangerschaft nebst Bemerkungen zur Entwicklung der menschlichen Placenta), K. ABEL. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXIX, Hft 3, p. 393.

L'auteur a utilisé pour cette étude, des pièces pathologiques pro-

(1) *Lehrb. der Geburtsh.* Leipzig, 1889, p. 263.

venant de 2 grossesses ectopiques qui évoluèrent d'une façon bien différente.

Obs. 1. — X..., 21 ans, est prise, après une suppression des règles de 2 mois, de douleurs dans le ventre, qui durent quelques heures, puis cessent. Revenant à Berlin d'un voyage en Suisse, elle ressentit au sortir du vagon un choc violent dans le ventre et éprouva du ténesme, phénomènes qui furent immédiatement suivis de décoloration de la face, d'agitation, d'anxiété, de vertige et de perte de connaissance. On la transporta à son domicile, située à 1/4 d'heure de la gare, et au 3e étage. Elle se coucha, mais la faiblesse alla en augmentant et elle mourut peu après. A l'autopsie, faite 12 heures après la mort, on constata que la trompe droite était le siège d'un sac fœtal, situé près de l'angle de l'utérus, et présentant une déchirure de 1,8 cent. de long sur 0,7 cent. de large, de laquelle s'échappait un caillot sanguin et une masse lobée, légèrement jaune, le placenta. Le caillot et le placenta écartés, on apercevait distinctement l'œuf avec ses membranes intactes, et à travers celles-ci un embryon. *A l'ouverture du ventre, il s'était écoulé 4-5 litres de sang liquide, et il n'y avait que quelques caillots dans l'espace de Douglas.*

Diagnostic. — Après la rupture du sac, ce ne peut être qu'un diagnostic de probabilité, que l'on fonde sur les symptômes et sur l'anamnèse plus que sur les signes objectifs. Car il est impossible, quand l'hémorrhagie est assez abondante, de faire une exploration suffisante. Le ventre surdistendu s'y oppose.

Il convient aussi de noter que, malgré l'abondance (4-5 litres dans le cas actuel) de l'hémorrhagie, le sang échappe à la palpation, pour les mêmes raisons que le liquide ascitique. Il n'en est pas de même quand le sang est coagulé. Mais, dans le cas actuel, il n'y avait que quelques caillots dans l'espace de Douglas (1). D'ailleurs, il faut bien se garder d'escompter sur cette coagulation, qui se fait assez rarement, mais qui peut être tardive, tandis que les grands dangers menacent le sujet pendant les 24 heures qui suivent la rupture du kyste fœtal.

Obs. 2. — X..., 28 ans, après 14 jours de maladie, fut prise de phénomènes si graves de collapsus, que l'entourage considéra la mort comme prochaine. La menstruation, supprimée depuis 2 mois,

(1) Voir *Annal. de gyn. et d'obst.*, janvier 1892, p. 57.

s'était montrée quelques heures le jour même de la perte de connaissance. Des renseignements et de l'aspect ictérique de la femme, on songea à une hémorrhagie interne, au cours d'une grossesse extra-utérine, dont le sac s'était rompu 14 jours auparavant, mais s'était ensuite refermé. Le ventre était distendu et sensible à la pression. La malade fut transportée à l'hôpital, où elle se remit d'abord, puis déclina de nouveau : tympanisme abdominal, pouls filiforme, vomissements ; en résumé, signes d'une nouvelle hémorrhagie interne. Diagnostic de grossesse extra-utérine, confirmé peu après l'apparition des symptômes précédents par *l'expulsion en masse d'une caduque.*

A cause de l'état de faiblesse extrême où se trouvait la femme, on dut renoncer à faire la laparotomie et se borner à administrer les stimulants ordinaires. Guérison. Quelques jours après ces accidents formidables, on sentait une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, tumeur qui alla toujours en diminuant, jusqu'à se réduire à une faible tuméfaction dans le cul-de-sac de Douglas.

Ce cas démontre que même dans les cas les plus graves la guérison, sans opération, est encore possible par l'enkystement du point déchiré et la barrière formée par le sang coagulé (1). Il prouve également, ainsi que d'autres faits de même ordre, qu'il serait injuste de reprocher à un médecin de n'avoir pas fait la laparotomie après rupture de la trompe, surtout si ce médecin se trouve dans l'impossibilité d'entourer l'intervention d'une antisepsie rigoureuse. Il en est tout autrement, quand la grossesse extra-utérine est reconnue avant la rupture du sac fœtal. Dans ce cas, c'est une obligation de prévenir les dangers énormes liés à la rupture du sac, en l'extirpant.

Conclusions. — Dans la grossesse tubaire, âgée de 4 à 5 semaines, on a relevé les particularités suivantes : 1) l'endometrium est au début du processus de sa transformation en caduque.

2) L'épithélium de la caduque utérine, au milieu du deuxième mois, est encore conservé, bien que fortement altéré dans sa forme.

3) Les vaisseaux situés dans les couches superficielles de la caduque utérine sont très vraisemblablement des artères et des veines. Il n'existe pas de ramifications vasculaires, capillaires.

4) La trompe et l'ovaire du côté opposé au kyste fœtal ne sont

(1) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.*, janvier 1892, p. 60.

pas modifiés, à condition pourtant qu'il n'y ait pas eu migration de l'œuf. L'ovaire, qui renferme le corps jaune de la grossesse, est augmenté de volume.

5) Comme cause de la grossesse extra-utérine, en l'absence de tout processus pathologique, on peut admettre soit la formation d'un diverticule entre les replis tubaires, soit la torsion accusée de la trompe. (A. Freund (1) a démontré sur de nombreuses préparations, qu'au cours du développement, la trompe subit une torsion, en tire-bouchon, sur elle-même; spires qui, généralement, s'effacent plus tard. Mais un certain nombre peuvent persister qui sont de nature à gêner la progression de l'œuf.)

6) La portion tubaire, extérieure à l'œuf, ne subit en général aucune modification.

7) Dans le voisinage du sac fœtal, la muqueuse tubaire se transforme en caduque vraie; elle est surtout développée au point de réunion du chorion frondosum et de la caduque, placenta futur. Dans les autres points, particulièrement dans ceux où la pression est maxima, on peut à la vérité reconnaître encore la caduque en tant que sérotine, tandis que le reste de la paroi en paraît dépourvu (*atrophie mécanique*). L'épithélium superficiel de la caduque sérotine a disparu et est remplacé par l'endothélium des vaisseaux capillaires s'ouvrant librement. L'épithélium normal de la muqueuse tubaire peut encore persister dans la profondeur des replis de la trompe.

8) Dans la majorité des cas, il n'y a pas formation de caduque tubaire réflexe. Lorsqu'il s'en forme une, elle se distingue essentiellement de la réflexe utérine par l'absence de vaisseaux.

9) L'union des villosités choriales avec la caduque tubaire est dans les premiers temps de la grossesse très faible. Cependant, en certains points, la fusion est complète (villosités adhérentes. Haftzotten). L'auteur n'admet pas la pénétration des villosités dans la couche musculaire.

10) L'épithélium des villosités choriales est triple. Sur une double couche épithéliale d'origine fœtale, on distingue avec un fort grossissement, une couche fine, constituée par l'endothélium vasculaire maternel.

---

(1) FREUND. Ueber die Indicationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben. *Volkmann's Samml. klin. Vorträg.*, n° 323.

11) Les espaces intervilleux sont formés par les vaisseaux capillaires maternels, fortement développés. Les villosités choriales ne traversent pas leurs parois.

R. L.

Variétés et causes de la grossesse extra-utérine (Varieties and causes of extra-uterine Pregnancy), par ZINKE, de Cincinnati. *Amer. J. of Obst.*, 1890, février, p. 128.

Zinke donne la classification suivante :

I.	Ovarique.....	1. Intra-ovarique.
		2. Extra-ovarique.
		3. Ovaro-abdominale.
		4. Ovaro-tubaire.
II.	Tubaire.....	5. Tubaire vraie.
		6. Tubo-abdominale.
		7. Tubo-ovarique.
		8. Tubo-ovaro-abdomimale.
		9. Sous-péritonéo-pelvienne.
III.	Interstitielle.	10. Interstitielle vraie.
		11. Utéro-abdominale.
		12. Utéro-tubaire.
		13. Utéro-tubo-abdominale.
IV.	Abdominale..	14. Hématocèle extra-péritonéale.
		15. Hématocèle intra-péritonéale.

Les causes citées par les auteurs sont :

1. *Choc* et *frayeur* au moment de la fécondation.
2. *Coup* reçu peu après le coït fécondant.
3. *Malformation* de la trompe, *paralysie*, *spasme* de ce conduit ; *longueur* ou *brièveté* excessive ; *engorgement*, *gonflement*, *ulcération* de ses parois ; *induration*, *rétraction* des franges.
4. *Fausses routes* conduisant de la trompe dans l'ovaire.
5. *Inflammations* pelviennes.
6. *Salpingite desquamative.* (Virchow et Tait). A. C.

Leçon clinique sur la grossesse extra-utérine (Clinical lecture on extra-uterine gestation), par W. DUNCAN. *Lancet*. Lond., 1890, I, 449.

Trois observations de grossesses extra-utérines, dont deux gros-

sesses tubaires, suivies de laparotomie. La première de ces malades, opérée *in extremis*, mourut quelques heures après l'opération; les deux autres guérirent.

Ces trois cas servent de thème à une intéressante leçon ; dont nous détachons les points saillants.

L'auteur pense que les grossesses tubaires sont presque invariablement destinées à se rompre avant la 12e semaine. Aussi, si la nature de la tumeur est reconnue dès le début, faut-il l'opérer le plus tôt possible.

Quand le fœtus vit et s'accroit, si le moment de la viabilité approche, il faut temporiser pour tâcher de sauver à la fois, mère et enfant. Mais si la grossesse n'a pas dépassé le 4e ou le 5e mois, on ne peut faire affronter à la mère les hasards d'une aussi longue attente ; il faut opérer.

L'incision sur la ligne blanche est généralement adoptée ; mais quand la tumeur est volumineuse et a pu soulever et décoller le péritoine, incluse qu'elle est dans le ligament large, l'auteur pense, avec Lawson Tait, qu'il y a avantage à inciser directement sur le point le plus saillant de la tumeur, on peut ainsi éviter de pénétrer dans la cavité péritonéale.

L'extraction immédiate du placenta est une source de graves hémorrhagies et laisse une large porte ouverte à l'infection. Cette dernière sera combattue par des lavages antiseptiques. Mais la peur de l'hémorrhagie ne doit cependant pas faire imiter la conduite de certains opérateurs qui attendent pour intervenir que le fœtus soit mort depuis un certain temps.

Mieux vaut, comme le recommande Lawson Tait, après avoir lié le cordon le plus près possible du placenta et enlevé de l'intérieur du kyste tous les liquides qu'il pouvait contenir, réunir très exactement les lèvres de l'incision de la poche et renfermer le placenta dans son interieur.

L'incision abdominale sera presque toujours préférée à l'incision vaginale, même lorsque le kyste fœtal se trouve dans le cul-de sac de Douglas.

J. FAURE.

Diagnostic de la grossesse tubaire (Zur diagnose der Tubengraviditas). KELER. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XIX, Hft. I et *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 47, p. 853.

Le diagnostic de la grossesse tubaire peut être sûrement établi, grâce à la mise en évidence par l'examen microscopique de villosités choriales, ou de leurs produits de transformation. Mais la non constatation de ces éléments sur des coupes faites suivant le plus grand méridien du sac tubaire, n'infirme pas ce diagnostic, parce qu'ils peuvent exister sur d'autres points. L'épithélium des villosités est détaché partiellement ou en totalité par l'hémorrhagie. L'épithélium encore adhérent, se trouble, se gonfle et se désagrège; le noyau peut soit résister longtemps ou mourir à son tour, et la couche épithéliale se trouve transformée en une couche homogène striée. La substance fondamentale des villosités est tantôt granuleuse, tantôt striée, et les cellules du stroma perdent leur aptitude à la coloration, c'est-à-dire, meurent. Mais il n'est pas possible de constater une succession spéciale de ces phénomènes de dégénération. Les vaisseaux sanguins des villosités ne fournissent aucun signe diagnostique. En effet, les lacunes que présentent les caillots fibrineux, formés du sang épanché, donnent lieu aux mêmes formes histologiques. On n'est pas en droit, parce qu'on n'aura trouvé dans un hématome tubaire, ni villosités choriales, ni cellules déciduales, d'exclure en tant que cause possible de sa production, une grossesse tubaire, car ces éléments peuvent avoir simplement disparu avec le temps.

Dans ce même travail, Keller donnait la description microscopique de 3 préparations provenant de grossesses tubaires aux premiers mois. A propos de ces données anatomiques, Klein, dont les recherches sont plus récentes, fait les remarques qui suivent : Les résultats de mes recherches concordent, sur beaucoup de points, avec les siens. Ainsi Keller signale aussi que « *l'épithélium de la caduque était d'ordre inférieur, cubique ou presque plat.* » Egalement il a constaté l'union intime de la caduque et des villosités. «... *Nous avons trouvé les cellules déciduales tantôt réunies en amas apposés aux villosités choriales, tantôt les entourant à la manière d'un anneau* ». Dans cette disposition importante réside précisément la condition étiologique des « infarctus » ou plutôt des « noyaux nécrotiques », qu'on rencontre si fréquemment dans les placentas utérins. Keller donne une description très exacte de l'aspect de ces noyaux, mais il les considère comme constitués par un dépôt de « fibrine » sur les villosités, et envisage au fond le processus comme une « nécrose anémique ». Des recherches

de Steffeck sur les placentas utérins, et des mémoires sur des trom pes gravides, il ressort que cette explication de la nature du processus « nécrose anémique » est parfaitement justifiée.

Par contre, on ne peut admettre qu'il s'agit de dépôts de fibrine. En réalité, ces noyaux sont, la plupart du temps, sinon toujours constitués par la caduque nécrosée et les villosités nécrosées également qu'elle englobe. Plus loin, Keller signale « *des vaisseaux nombreux dans la musculeuse et dans la muqueuse* ».

Un autre point sur lequel Klein est tout à fait en désaccord avec Keller, c'est sur l'existence admise par celui-ci, se fondant sur une pièce dont il a donné le dessin dans son travail, d'une caduque tubaire. Pour Klein, ce que Keller prend pour une caduque, ne serait que deux replis tubaires, étalés, par l'œuf inséré dès le principe dans leur diverticule.

R. L.

Du diagnostic de la grossesse extra-utérine précoce (The diagnosis of early extra-uterine gestation, with illustrative cases). H. Croom. *Edinb. Med. J.*, octobre 1891, p. 314.

D'une manière générale, on s'accorde à reconnaître les difficultés dont est entouré le diagnostic de la grossesse ectopique au début. Il est néanmoins curieux de constater les divergences qui existent encore à ce sujet. Suivant L. Tait., il serait impossible de faire le diagnostic avant la rupture du sac fœtal. Au contraire, Aveling déclare qu'« *elle a des symptômes si tranchés, si caractéristiques que son diagnostic est plus facile que celui de la grossesse normale dnrant les premiers mois* ». Barnes soutient que le diagnostic de la grossesse tubaire peut être fait facilement de la 7e à la 8e semaine. Se fondant sur les notions généralement acceptées, l'auteur résume de la manière suivante les éléments classiques de ce diagnostic :

« a) Symptômes généraux et réflexes de la grossesse, surtout quand la grossesse survient après une longue période de stérilité; b) troubles menstruels, en particulier, métrorrhagies coexistant avec des symptômes de grossesse ; écoulements brusques de sang s'accompagnant de vives douleurs pelviennes; c) fortes douleurs dans le bassin; crises pelviennes douloureuses, suivies d'une sensibilité pathologique localisée dans l'une ou l'autre des régions iliaques, et autres symptômes d'inflammation pelvienne; d) existence

d'une tumeur; cette tumeur présentant les caractères d'un kyste rénitent, sensible au toucher, à battements pulsatiles actifs; développement constant, régulier de la tumeur; e) orifice externe béant, utérus déplacé et libre; f) douleurs paroxystiques, violentes, de nature spasmodique, dans le bassin, avec des symptômes généraux de collapsus; g) expulsion partielle ou totale de la caduque.

Obs. 1. — ..... 32 ans, avait eu 2 enfants, le dernier âgé de 6 ans. Après une suppression de règles, et à l'époque présumée de la seconde période menstruelle, la femme fut prise de vives douleurs pelviennes, localisées au côté droit, accompagnées d'un léger écoulement de sang par l'utérus, écoulement qui s'était produit à plusieurs reprises pendant les deux mois précédents. Le lendemain, symptômes nets d'hémorrhagie interne et de collapsus; abdomen distendu et manifestement rempli de sang. Au toucher vaginal, utérus mou et augmenté de volume; empâtement léger, bien qu'appréciable, du cul-de-sac droit, grossesse tubaire rompue ou hématocèle? L'auteur diagnostiqua une grossesse ectopique (suppression menstruelle, intervalle de stérilité, symptômes brusques et aigus de collapsus, utérus mou, gros), et fit la laparotomie. L'abdomen était rempli de sang frais et d'énormes caillots. Après une toilette partielle, les annexes utérines furent minutieusement examinées et enlevées. Il fut impossible de découvrir un sac fœtal, et de mettre en évidence le foyer de l'hémorrhagie. Après la fermeture du ventre, l'hémorrhagie continua et tua la femme. Dans ce cas, les symptômes dominants étaient tels qu'à l'occasion l'auteur malgré la non confirmation après l'ouverture du ventre du diagnostic fait, inclinerait à faire le même diagnostic.

Obs. 2. — ..... X, a eu un enfant 4 années auparavant. Elle a des hémorrhagies irrégulières, qui se sont montrées six semaines environ avant une suppression de règles pendant deux mois. Elle accuse des douleurs constantes dans le côté droit du ventre, douleurs de nature nerveuse. Par la palpation abdominale, on reconnaît dans cette région une tuméfaction rénitente et douloureuse. A l'auscultation, on perçoit sur toute la surface un bruit bien marqué. Par l'examen vaginal, on constate que l'utérus est refoulé en haut, à gauche et en arrière, qu'il est augmenté de volume et que l'orifice externe est béant. A l'examen bimanuel la masse paraît avoir le volume d'une noix et l'utérus augmenté de volume.

Pendant la semaine qui suit ce premier examen, la tumeur

semble augmenter de volume, et les pulsations dont elle est le siège sont non seulement senties par le vagin, mais elles sont visibles et constatables à travers la paroi abdominale. D'autre part, le bruit de souffle, auquel on attache une si grande importance, perçu à l'auscultation est plus fort. La femme a eu des hémorrhagies irrégulières, mais rien ne permet d'affirmer qu'il y ait eu expulsion de débris déciduaux. Diagnostic : grossesse extra-utérine de la 12e à la 15e semaine. Laparotomie : Le ventre ouvert, on tombe sur une masse sombre, volumineuse, située dans le côté droit du bassin. Les adhérences détruites, et la masse libérée après de pénibles efforts, le chirurgien l'attire au dehors, mais elle se rompt laissant échapper une grande quantité de sang dans l'abdomen. On ligature le pédicule, on sectionne, et l'on enlève la tumeur, qui est examinée très soigneusement au « College of Physician's laboratory ». Or, on ne constata pas la moindre trace de grossesse ; la tumeur était constituée par une distension considérable de la trompe par du sang, il s'agissait d'un hématomé.

Et cependant, sauf l'expulsion de débris déciduaux, on avait constaté tous les autres symptômes attribués généralement à la grossesse extra-utérine.

L'auteur se demande s'il s'agit d'une grossesse dont l'œuf a été résorbé; mais il n'y avait, dans cet hématome tubaire, vestiges ni de chorion, ni de caduque. Ce point du reste, Croom ne veut pas le discuter autrement, se bornant à constater que les signes physiques ordinaires de la grossesse manquaient totalement dans cette tumeur.

Obs. 3. — Dans cette observation, il y avait eu, indépendamment des symptômes précédents (suppression des règles, existence dans l'une des régions iliaques d'une tumeur élastique, pulsatile, à développement continu ; ramollissement du col de l'utérus, augmentation de volume et déplacement de la matrice, crises paroxystiques douloureuses, pertes de sang irrégulières...), expulsion d'un cylindre décidual, complet. Le diagnostic de grossesse ectopique fut confirmé après laparotomie. L'examen de la tumeur permit de constater qu'il s'agissait d'une grossesse arrivée environ à la 8e semaine. Guérison parfaite.

Obs. 4. — Cas analogue au précédent.

De l'analyse des faits l'auteur conclut : que le diagnostic de la grossesse ectopique est le plus souvent entouré de difficultés con-

sidérables (les 2 premières observations le démontrent) ; que cependant, contrairement à l'affirmation absolue de L. Tait, on peut, en certains cas, établir ce diagnostic avant la rupture du kyste fœtal. Mais, pour cela, il importe d'être appelé de bonne heure et de suivre très attentivement l'évolution des symptômes. D'une manière générale ce diagnostic repose sur la constatation des phénomènes suivants :

1° Signes généraux de la grossesse, — par exemple, suppression des règles.

2° Déplacement de l'utérus par une tumeur se développant d'une manière continue.

3° Expulsion partielle ou totale de la caduque, et hémorrhagies irrégulières.

4° Apparition d'accès douloureux, paroxystiques, siégeant dans un côté du bassin, bien que non localisés sur un seul point.

Toutes ces conditions doivent être réunies, mais les cas précédents démontrent que le fait capital, c'est l'expulsion de la caduque.

R. L.

Un cas de grossesse extra-utérine du côté gauche. Laparotomie 14 jours après la mort du fœtus à terme ; extirpation du sac fœtal aussi complète que possible ; guérison. (Ein Fall von linkseitiger Extrauterin schwangerschaft. Bauchschnitt 14 Tage nach Absterben der reifen Frucht; Exstirpation des Fruchtsackes so weit möglich; Genesung.) TH. VOLGT. *Cent. f. gyn.*, 1891, n° 6, p. 121.

X..., 37 ans, a eu 3 accouchements normaux, le dernier 13 années auparavant. Dernières règles le 13 octobre 1888. Depuis la mi-novembre, douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, région où, peu après, la femme sentit comme une nodosité. Douleurs, par moments si fortes, que la marche et la station verticale étaient impossibles ; vomissements, anorexie, diarrhée, repos au lit. Fin janvier, on diagnostiqua à l'hôpital : grossesse et tumeur ovarique. Commencement de mars, perception des mouvements fœtaux.

Jusqu'en avril, et aux dates des règles, écoulements sanguins peu abondants.

En mai, relèvement de l'état général suffisant pour que la femme recommence à aller et venir. Au commencement de juin, nouvelle atteinte dans l'état général, aggravation des douleurs. Dans la première moitié du mois de juillet, ainsi vers le terme nor-

mal de la grossesse, expulsion d'une masse sanguine épaisse (caduque ?). Entrée à l'hôpital, le 3 août 1889; depuis 14 jours environ le médecin traitant avait constaté la mort du fœtus (cessation des mouvements fœtaux, et disparition des doubles battements). Résultats fournis par l'examen au moment de l'entrée à l'hôpital : T. 37°,5. L'utérus refoulé à droite, a le volume du poing d'un adulte, et dépasse la symphyse de 2-3 doigts. A gauche, accolée à lui une tumeur volumineuse, sphérique, unie, qui en haut atteint presque à l'ombilic, en bas, emplit complètement la moitié gauche du petit bassin. Tête fœtale, à gauche, nettement palpable, et paraissant comme placée immédiatement sous la paroi abdominale. *Diagnostic :* grossesse extra-utérine du côté gauche.

Laparotomie. Le ventre ouvert, voici ce que l'on constate : Le corps de l'utérus est déjeté obliquement à droite, il dépasse la symphyse de 2-3 travers de doigt. Il est recouvert par le péritoine sur sa face antérieure, son fond, et *sur la plus grande partie de sa face postérieure*. La dépression vésico-utérine, par la raison que l'utérus est soulevé hors du petit bassin, est plus aplatie qu'à l'état normal. Le sac fœtal est directement accolé au côté gauche de la matrice. Les deux ligaments larges déplissés, passent de l'utérus sur le sac fœtal. Celui-ci s'élève, sous forme de tumeur rénitente, presque jusqu'à l'ombilic. A gauche, il est immédiatement accolé à la paroi abdominale, à droite, il laisse entre elle et lui un petit espace. Pas d'adhérences. L'S iliaque et la portion inférieure du côlon descendant, sont déviés de leur situation normale de telle manière que le côlon se dirige à droite, suivant le bord supérieur du sac fœtal et de là s'infléchit en bas, tandis que l'S iliaque se trouve dans le petit bassin à droite de la tumeur. Cette portion de l'intestin s'adosse à la tumeur, que recouvrent les feuillets déplissés de son mésentère. A gauche, sur la portion inférieure de la tumeur, cheminent des branches veineuses, très gorgées de sang. A droite, on découvre les annexes qui sont normales.

A gauche, nul vestige de la trompe et de l'ovaire.

L'extirpation du sac fœtal, qui ne put être que partielle, fut très laborieuse et se compliqua d'hémorrhagies multiples. Le placenta s'insérait largement sur la surface antéro-inférieure du sac, dont il paraissait former la paroi pour la plus grande part. Le fœtus mort ne présentait pas de traces de putréfaction. La portion, de beaucoup la plus petite du sac fœtal, qui n'avait pu être enle-

vée, fut suturée à la cavité abdominale, et la cavité, du volume d'un œuf d'oie, qu'elle formait fut bourrée de gaze iodoformée.

L'opérée qui, au cours de l'opération et dans les heures qui suivirent, avait présenté des phénomènes de collapsus, put quitter l'hôpital, considérée comme guérie, le 13 septembre, c'est-à-dire un mois et 9 jours après avoir été opérée; elle avait eu son retour de couches le 10 septembre.

En terminant, l'auteur fait les remarques suivantes : 14 jours après la mort d'un fœtus à terme, on a pu, avec succès, procéder à l'extirpation presque totale du sac fœtal. L'extirpation complète était impossible parce que, d'une part, la tumeur reposait largement dans le tissu cellulaire pelvien, et que, d'autre part, circonstance capitale, dans les tentatives faites pour l'énucléer de son revêtement séreux, on mit en danger la vitalité de l'intestin, en le privant, par suite de déchirures séreuses inévitables, d'un certain nombre de ses vaisseaux nourriciers. On dut ainsi se contenter de l'ablation de la portion proéminente de la paroi du sac et de l'extirpation de la portion inférieure placentaire, intervention toujours grave, et qui paraît seulement justifiée par l'état d'asepticité parfaite du sac fœtal et de son contenu. R. L.

Deux cas de grossesse extra-utérine. Opération le fœtus mort. (Zwei Fälle von Extrauterinsschwangerschaft. Operation bei todter Frucht), W. Matlakowski. *Arch. f. gyn.* Bd XXXVIII, Hft. 3, p. 367.

Obs. I. — Grossesse tubaire gauche chez une femme de 40 ans, ayant eu 5 accouchements à terme, le dernier 1 an 1/2 auparavant, et restée mal portante, un certain temps, après ce dernier accouchement. Laparotomie. Extirpation partielle du sac fœtal; mort par occlusion intestinale. L'auteur fait suivre la description, très minutieuse, des symptômes observés pendant la vie aussi bien que des particularités anatomiques relevées sur les parties de la tumeur enlevées pendant l'opération et sur celles enlevées après nécropsie, des considérations suivantes, qui nous paraissent résumer les points les plus intéressants de l'observation : 1) *diagnostic*. Deux symptômes se sont manifestés auxquels on n'a pas accordé assez d'attention : a) la sécrétion lactée ; b) l'augmentation et le ramollissement de la matrice. Aussi, les douleurs violentes et l'hémorrhagie utérine, indices d'un début de travail.

De même, la diminution ultérieure du ventre, sur laquelle la malade attirait très nettement l'attention devait, en même temps que d'autres symptômes, faire incliner vers le diagnostic de grossesse extra-utérine, bien que ce symptôme n'ait pas toute l'importance diagnostique que lui attribue Parry.

Beaucoup de sujets, en effet, atteints d'affections abdominales diverses n'accusent que trop souvent une semblable diminution du volume du ventre. Les difficultés du diagnostic dans tous les cas de grossesse extra-utérine étaient dans celui-ci augmentées parce que, depuis la mort du fœtus jusqu'à l'opération, il s'était écoulé 4 mois, et que durant cet intervalle, les signes caractéristiques de la grossesse s'étaient atténués, qu'ils avaient même disparu, et qu'il n'y avait dans l'abdomen qu'une tumeur rétractée, qui ne manifestait son origine par aucun signe nettement appréciable.

2) Il est vraisemblable, en tenant compte de la suppression des règles, que la conception eut lieu en octobre ; que les fortes douleurs survenues vers la fin juin étaient des douleurs du travail ; et que le fœtus succomba pendant le travail ou peu après. Il est certain qu'il avait cessé de vivre avant le mois de juillet. L'opération, pratiquée le 20 octobre, fut donc faite quatre mois après la mort du fœtus.

3) *Phénomènes cliniques : a)* la femme n'avait pas eu de symptômes subjectifs de grossesse ; *b)* après une suppression menstruelle de 2 mois, la menstruation se fit régulièrement durant 3 mois, et fut remplacée les 2 mois suivants par une hémorrhagie qui dura 18 jours ; *c)* déjà durant le second mois, il y eut des symptômes de péritonite ; *d)* 4 mois après la mort du fœtus, on constata formellement que le sein gauche sécrétait du lait ; quant au sein droit, déjà dans des grossesses antérieures, il n'en n'avait pas fourni ; *e)* relativement à la caduque, nulle donnée ; seulement, à l'autopsie on trouva la muqueuse utérine ramollie et fortement congestionnée ; *f)* la matrice était légèrement augmentée de volume.

Dans ce cas, pas de rupture du kyste fœtal, pas traces de déchirure vasculaires, pas d'extravasation, pas de décoloration. D'après L. Tait, toute grossesse tubaire doit aboutir à la rupture de la trompe avant la pénétration du produit de conception entre les feuillets du ligament large, proposition en désaccord avec le cas

actuel, ainsi que le démontra l'examen attentif des rapports du sac fœtal.

OBS II. — Grossesse tubaire intra-ligamenteuse droite. Laparotomie. Extirpation de tout le sac. Incision de l'uretère. Néphrectomie droite ; guérison.

X..., 36 ans, première grossesse 16 années auparavant. Mariée il y a 12 ans, se sépare de son mari après 5 ans d'une union restée stérile. Elle se remarie. Menstruée jadis régulièrement, il y a 11 mois 1/2, elle a tous les 7-10 jours de légères pertes de sang ; elle pense qu'elle est enceinte. A 5 mois de cette grossesse présumée, les pertes de sang s'arrêtent, et ne reparaissent plus durant 3-4 mois. Elles reparaissent alors, et, au dire de la malade, il aurait été expulsé à cette époque, quelque chose qu'elle compare à un morceau de foie ; cessation des hémorrhagies. Durant le 1er mois de la grossesse présumée, vomissements, douleurs légères, pas de fièvre. Il y a 12-14 semaines, pour la 1re fois, douleurs fortes, qui durent quelques semaines, et simultanément, des vomissements après chaque repas. Puis les vomissements s'arrêtent, et il ne reste qu'une sensibilité légère dans le flanc gauche et dans la moitié gauche de la région épigastrique. Les mouvements fœtaux et les doubles battement ont été formellement constatés, d'où le diagnostic de grossesse extra-utérine, à cause de la durée anormale de la gestation. Toutefois, *la femme n'a remarqué aucune diminution du volume du ventre*. Résultats de l'examen au moment de l'entrée à l'hôpital : aspect souffrant. Ligne blanche légèrement brune, glandes mammaires flasques et pendantes ; par la pression, on fait sourdre quelques gouttes de lait. Circonférence abdominale au niveau de l'ombilic, 90 cent. ; distance de la symphyse à l'ombilic, 12 cent. ; de l'ombilic à l'appendice xiphoïde, 17 cent. 1/2 ; ventre, au niveau de l'ombilic très proéminent, ombilic aplati ; la moitié latérale droite du ventre au-dessus du ligament de Poupart est très proéminente, plus aplatie par contre dans l'hypochondre droit ; à gauche, c'est l'inverse qui a lieu. La paroi abdominale est très distendue au niveau de la tumeur, qui est lisse et non douloureuse au toucher. Il n'est que deux points douloureux, l'un au-dessus de la symphyse, l'autre au niveau de l'épigastre. La tumeur paraît uniformément tendue, elle est le siège d'une fluctuatiou vague, et semble plus dure, plus résistante le long du muscle droit, au-dessus de l'ombilic, que dans les autres points ; à droite de la ligne

blanche, dans la région abdominale située au-dessous de l'ombilic, crépitation légère. Tumeur fixée, sauf dans la région inférieure qui est légèrement mobilisable. Matité sur toute la surface de la tumeur; au-dessus de l'E. I. S. D., de la crête iliaque droite, dans la région lombaire, le long des dernières côtes droites, au niveau de l'épigastre, et le long des dernières côtes gauches, sonorité; dans la région lombaire gauche, submatité. A l'auscultation, pas de souffle au niveau de la tumeur. Organes génitaux externes normaux, muqueuse vagino-vulvaire normalement colorée; utérus assez bas; portion vaginale courte et petite; orifice externe en ectropion, dur, très petit, n'admettant pas la pulpe du doigt. Déchirures latérales, suites du 1er accouchement. Direction générale de l'utérus, à droite et en avant, fond de l'organe bien appréciable à travers le cul-de-sac antérieur, et peu mobile. Par le cul-de-sac droit et à travers la paroi abdominale, constatation facile d'une tumeur dure et élastique. Culs-de-sac postérieur et latéral gauche souples. La tumeur, sans rapports directs, intimes avec le vagin, est en connexion avec les annexes utérines droites. Située en grande partie au-dessus du détroit supérieur, elle descend dans le petit bassin; espace de Douglas libre. Cœur, poumons normaux, intestins paresseux. Urines légèrement albumineuses.

Laparotomie. — Elle fut assez laborieuse, en raison surtout d'une union intime que la tumeur avait contractée avec la corne de l'utérus. Comme elle présentait quelques traces de putréfaction, il fallut l'extirper en totalité. Sur la face antérieure du sac fœtal, existait un cordon qui, émanant de l'angle supérieur droit de la matrice, se dirigeait en haut et à droite et se perdait dans la tumeur. La partie la plus difficile de l'intervention consista dans la recherche et dans la ligature des points saignants sur l'épiploon, le mésentère, l'intestin, dans la fosse iliaque et autour de l'utérus. Entre temps, une méprise donna lieu à un accident, qui fut par la suite l'origine de complications sérieuses. Le chirurgien ayant aperçu une sorte de cordon, cheminant de haut en bas et d'arrière en avant, dans la fosse iliaque, le saisit et le sectionna entre deux pinces, c'était l'uretère. Il fallut, plus tard, après des tentatives opératoires qui échouèrent, pratiquer la néphrectomie. L'opérée néanmoins guérit parfaitement. Opérée le 4 juin, elle put quitter l'hôpital, en parfaite santé, le 21 août. Le fœtus, extrait du sac à terme et bien développé, pesait 2,755 grammes.

Réflexions. — 1) La 1re grossesse remontait à 16 ans. Plus tard, la femme s'était mariée et était restée 5 ans stérile. Divorcée, puis remariée, elle avait eu une seconde grossesse, mais extra-utérine. Il y avait donc eu une longue période de stérilité, circonstance qui a été relevée depuis longtemps et de nouveau mise en relief par Parry. L. Tait insiste beaucoup sur cette particularité à laquelle il accorde une haute valeur diagnostique. Peut-être une grossesse extra-utérine terminée heureusement crée-t-elle une prédisposition à une nouvelle grossesse ectopique ? Jusqu'ici, on ne connaît qu'un fait de cette nature (L. Tait). Dans ce cas, la trompe droite, et simultanément un œuf de trois mois, avait été enlevée après rupture, la femme guérit. 18 mois après la 1re opération, la femme mit au monde un enfant à terme. Mais, 15 mois après, devenue de nouveau enceinte, elle succomba au 4e mois de la grossesse, avant qu'elle put avoir aucun secours médical. A l'autopsie, on releva comme cause de la mort la rupture d'un kyste fœtal, développé dans la trompe gauche.

2) La malade avait, dès le début de la grossesse, pensé qu'elle était enceinte mais, sauf les quelques pertes de sang irrégulières, rien, durant les 4 premiers mois, n'indiquait une grossesse extra-utérine. Dans la plupart des cas, il est impossible de faire un diagnostic assuré, ferme. C'est aussi l'opinion très formelle de L. Tait. « *Fort de mon expérience*, dit cet auteur, *je me crois autorisé à montrer quelque scepticisme en ce qui concerne la rectitude du diagnostic de ces gens, qui parlent avec une si grande facilité de la possibilité de faire le diagnostic exact de la grossesse extra-utérine avant la rupture du kyste fœtal, et d'obtenir la guérison au moyen de la ponction et par l'emploi de l'électrolyse.* »

3) La grossesse est arrivée à terme, sans aucun phénomène subjectif.

4) A la fin du neuvième mois de la grossesse, se sont manifestés des phénomènes sérieux (douleurs, vomissements), et, à cette époque, il est très probable que l'utérus expulsa, en même temps que du sang, une caduque.

5) L'expression par les seins d'une certaine quantité de lait, constitue un signe diagnostique important de la grossesse, surtout dans la dernière période de la gestation, et même après la mort du fœtus. Chez un nombre considérable de malades (200) atteintes de tumeurs abdominales, l'auteur n'a *jamais* constaté la sécrétion

lactée. Elle existait, au contraire, dans 3 cas de grossesse extra-utérine, ainsi que dans une observation intéressante, rapportée par Sweigbaum, où l'on avait porté le diagnostic de grossesse extra-utérine, tandis qu'il s'agissait d'une grossesse utérine compliquée d'un gros fibrome de la matrice.

Traitement de la grossesse ectopique. — Après un parallèle rapide des opinions et de la technique de L. Tait et de Werth, l'auteur résume de la manière suivante, sa manière de voir : A l'heure actuelle, il est impossible de formuler des règles absolues pour le traitement de la grossesse extra-utérine. Les statistiques, sur ce point, perdent de leur valeur. Il importe par-dessus tout, d'étudier très exactement les conditions anatomiques dans chaque cas particulier, pour en déduire le procédé opératoire le plus approprié. Le plus simple, le plus facile, le plus rapide consiste dans l'incision de la paroi abdominale et du sac fœtal, dans l'attraction au dehors du fœtus et du sac, ou dans le drainage lorsque, ce qui est fréquent, le sac adhère à la paroi abdominale. Quand le sac fœtal ne présente aucune adhérence, on le suture. On peut encore, à l'exemple de Martin, extirper la plus grosse portion du sac, et suturer le bord de la portion qu'on laisse aux lèvres de la plaie abdominale. Il est entendu, *que l'opération n'est de mise* (abstraction des cas de rupture et d'hémorrhagie) *que si le fœtus est mort.* On doit s'efforcer d'enlever d'un coup le fœtus et le sac, pour que celui-ci ne soit pas exposé à une suppuration trop prolongée. Ici, comme dans la myomotomie, le traitement extra-péritonéal du pédicule est plus facile, il exige moins de temps et offre une mortalité moins élevée.

Lorsque l'opérateur s'est décidé à une opération radicale, à l'extirpation totale du sac, il semble qu'il ne pourra, que dans des cas rares où il existe un pédicule ou dans les premiers mois de la grossesse, suivre ce conseil de Werth : assurer d'abord l'hémostase médiate du pédicule, faire la ligature, puis extirper le sac. Dans les cas d'adhérences, et lorsqu'il n'existe pas de pédicule, il est plus facile de décoller le sac fœtal jusqu'aux points non recouverts de péritoine. Cela devient plus facile, si l'on ouvre d'abord le sac, et, en enlevant le fœtus, si l'on diminue le volume de la tumeur, qu'on décolle de tous côtés jusqu'à ses points d'union avec l'utérus et la base des ligaments. Alors, seulement, après l'hémostasie médiate ou immédiate des vaisseaux, on enlève le sac fœtal.

Si ce procédé paraissait dangereux, on pourrait, comme pis aller, fixer ce qui reste du sac dans l'angle inférieur de la plaie, ainsi qu'on le fait éventuellement dans la myomotomie.

R. L.

Hématome de la trompe par grossesse tubaire. (Ein Fall von Tubenhaematom bedingt durch Tubengravidstät), par THEILHABER, *Munch. med. Wochenschr.*, 1891, n° 28, p. 412.

Une femme qui a eu trois enfants, le dernier il y a huit ans, est prise après un retard des règles d'hémorrhagie et de douleurs expulsives. Au bout de deux jours, il sort par le vagin un caillot en forme d'un œuf, qui ne fut pas examiné.

L'hémorrhagie ne s'arrêta pas et la malade continuait à perdre du sang presque tout les jours. En même temps apparurent des douleurs dans le bas-ventre avec ténesme vésical.

A l'examen on trouvait dans le cul-de-sac gauche une tumeur ronde, mobile, molle, non fluctuante,des dimensions d'une orange. La tumeur pouvait être nettement délimitée de l'utérus et de l'ovaire. Diagnostic : tumeur de la trompe, très probablement par grossesse tubaire.

On ordonna du repos et un traitement médical. Mais comme la malade continuait à perdre du sang et à s'affaiblir, on se décida à enlever la tumeur.

Laparotomie médiane. La tumeur est bien située dans la trompe et se continue avec l'utérus et l'ovaire. Ablation de la trompe entre deux ligatures. Suture de la plaie, suites opératoires simples. Guérison en 18 jours.

A l'examen de la pièce on trouva que la tumeur se composait des parois épaissies de la trompe renfermant un caillot sanguin dur, adhérent. L'examen microscopique ne montra pas la présence des membranes de l'œuf.

Grossessee xtra-utérine. (Two cases of extra-uterine Pregnancy), par W. HAMILTON et CH. HAMILTON. *The N.-York med. Journ.*, 22 août 1891, p. 207.

OBS. I. — *Grossesse extra-utérine ; laparotomie le 12e mois ; Guérison.* — Mme F..., 44 ans, mariée depuis 25 ans, a eu 2 fausses couches et 6 enfants, le dernier en août 1884. Signes nets de grossesse extra-utérine : mouvements fœtaux, douleurs dans les aines ; lait dans les seins.

Opération 11 novembre 1890 ; l'incision faite et le doigt introduit dans la plaie perçoit une jambe ; on extrait un fœtus macéré atteint d'hydrocéphalie et de spina bifida. Au moyen de sutures de soie on unit le sac aux 2/3 inférieurs de l'incision superficielle. Lavage, drainage. Les débris du placenta furent entraînés ultérieurement par des lavages successifs. Guérison.

Il s'agit probablement d'une grossesse tubaire dans le ligament large.

Obs. II. — *Grossesse tubaire, rupture. Laparotomie. Guérison.* — Mme J. J..., 30 ans, mariée depuis 10 ans; a eu 3 grossesses. La dernière et seule grossesse arrivée à terme est celle de 1885. A la suite de légers troubles généraux permettant de songer à une grossesse. le 5 février elle eut par le vagin une petite perte rosée, durant 24 heures d'une façon intermittente; pouls petit et fréquent, faiblesse générale, anxiété, extrémités froides, douleur vive dans la hanche gauche.

Diagnostic : Rupture de grossesse tubaire.

Laparotomie faite par M. Ch.-S. Hamilton; la trompe rompue, de la grosseur d'un œuf de poule, fut liée et coupée.

Guérison.

Grossesse tubaire, rupture du sac, mort. (Case of tubal Pregnancy; rupture, death), par A. F. Fuchs, d'Ellensburg, *Am. J, of Obst.*, 1891, p. 573.

La malade avait eu deux pertes, au moment de ses règles; la première, assez abondante.

Aux environs du troisième mois, elle manda Fuchs, croyant avoir une indigestion.

Elle succomba subitement, la nuit suivante.

L'autopsie révéla l'existence d'une grossesse tubaire, dont le sac s'était rompu dans le péritoine. L'embryon ne paraît pas avoir plus de 6 semaines.

La malade n'a été enceinte qu'une fois, avant l'accident, et a nourri son enfant jusqu'au jour de sa mort.

Fuchs croit que la grossesse ectopique est plus fréquente à droite qu'à gauche.

A. C.

Deux cas de grossesse tubaire avec remarques sur la grossesse ectopique. (Two cases of tubal Gestation, with remarks on ectopie

Gestation), par H. Bauga, de Chicago, *Am. J. of Obst.*, janvier 1891, p. 33.

. La première malade n'avait pas eu de suspension de ses règles ; elle n'a eu qu'un retard de 6 jours ; l'embryon n'avait que 5 semaines.

Dans le second cas, le sac se rompit, et causa un hémato-salpinx ; la malade eut de la fièvre. Après l'opération, elle eut du tympanisme et la température monta à 39°,4, le second jour. Elle se remit, après l'expulsion de gaz intestinaux, au moment où Bauga allait rouvrir l'abdomen.

Le diagnostic de la grossesse ectopique au début est difficile; les points principaux sont : une irrégularité dans les règles, de vives douleurs abdominales, localisées dans un côté, et plus constantes que celles d'un avortement, puis une perte de sang, contenant des lambeaux de caduque; le toucher fait reconnaître un col légèrement ramolli, une augmentation de volume de l'utérus et l'existence d'une tumeur, généralement située d'un côté ; enfin, l'absence de fièvre, jusqu'au moment où le sac crève.

Quant au traitement, Bauga recommande la laparotomie, *aussitot que le diagnostic est établi.* L'électrisation n'est pas assez sûre, suivant lui.

A. Cordes

Suites et traitement de la grossesse tubaire (Esiti e trattamento della gravidanza tubaria), Piccinini. *Annali di Ost, e gynec.* Milano 1891, p. 272.

L'auteur décrit plusieurs cas dans lesquels la rupture de la trompe fut suivie de mort rapide. Il rapporte ensuite une observation de grossesse tubaire avec rupture de la trompe vers la 9e semaine avec hématocèle pelvienne et péritonite consécutive. Il enleva les membranes fœtales avec les annexes, fit un lavage du péritoine et tamponna avec la gaze iodoformée. Celle-ci fut enlevée six jours après et remplacée par un drain et le malade fut rapidement guérie.

P. Mauclaire.

Grossesse extra-utérine avec perforation de l'intestin (Laparotomie bei alter Extrauterinschwangerschaft mit Darmperforation ; Heilung), Flotamann *Deuts. med. Woch.*, 1891, n° 17, p. 594.

B. S..., âgée de 34 ans, nullipare, devient enceinte en juin 1882. En

février 1885 surviennent les douleurs d'expulsion, il se fait un écoulement de sang par le vagin, mais l'accouchement ne se fait pas. En mars elle entre à l'hôpital, reste pendant quelque temps; elle s'en va ne voulant pas se soumettre à un examen sous le chloroforme. Sa santé se rétablit, les règles réapparaissent, mais le ventre reste toujours gros. En mai 1889, la malade, de nouveau souffrante, rentre à l'hôpital. On fait une laparotomie exploratrice, mais la vue de la tumeur, de même que l'aspect cachectique de la malade, faisant penser à un carcinome inopérable, on referme la plaie, et la malade quitte l'hôpital le 6 juin.

Le 4 septembre, la malade est prise de diarrhée et rend, avec des selles liquides, une grande quantité de petits osselets. M. Flothmann fait le diagnostic d'ancienne grossesse extra-utérine avec perforation de l'intestin siégeant au niveau de la jonction du rectum avec l'S iliaque à 25 cc. au-dessus de l'anus.

Laparotomie le 30 septembre. A l'incision de la paroi abdominale on trouve la tumeur immobilisée dans le bassin avec impossibilité absolue de la rapprocher jusqu'aux lèvres de l'incision abdominale. Ouverture du sac au bistouri. On retire une masse de matières fécales et un certain nombre d'osselets, les uns libres, les autres soudés aux parois du sac et fort difficiles à enlever. Le sac est lavé et suturé à la plaie abdominale fortement rétrécie en haut. Pendant trois semaines, les matières fécales sortaient par le sac et l'orifice abdominal; plus tard, lorsque le sac se rétrécit et fut comblé de granulations, les matières fécales reprirent leur chemin ordinaire, par le rectum. La malade a guéri et quitta l'hôpital le 25 novembre, après avoir augmenté de 20 livres.

Deux cas récents de grossesse tubaire. Laparotomie (Two recent cases of tubal Pregnancy, abdominal section), par W. D. HAMILTON. *the New-York med. and surg. Journal*, 8 février 1890, vol LI, p. 143.

Cet article contient les observations détaillées de deux cas de grossesse tubaire dont l'un accompagné de rupture. La laparotomie fut pratiquée avec succès chez ces deux malades.

L'auteur conclut que cette affection est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit et que ces symptômes passent souvent inaperçus.

P. N.

Grossesse extra-utérine sans symptômes caractéristiques (a case of ectopic Gestation without characteristic symptoms), par J. M. Baldy. *Medical News*. Philadelphia, 15 février 1890, A. C. vol. LVI, p. 169.

Cet article est l'observation d'une femme de 24 ans, chez laquelle on avait diagnostiqué une pyosalpingite double : on trouva après laparotomie, à gauche un petit kyste de l'ovaire, à droite une grossesse tubaire. Le fait est remarquable en ce qu'aucun symptôme ne pouvait faire penser à la grossesse, l'utérus étant d'un volume normal.

P. N.

La laparotomie et l'électricité, dans la grossesse ectopique (Laparotomy versus electricity in ectopic Pregnancy), par le Dr Wathen, de Louisville. *Tr. State med. Soc.*, 15 octobre 1890.

On n'emploie que l'électricité, comme moyen féticide, dans la grossesse ectopique, et on ne l'applique guère après le 3e ou le 4e mois.

La mortalité maternelle, suite de l'électro-ponction est tellement élevée que les avocats les plus chauds de l'électricité craignent de plonger une électrode dans le sac gravide. L'auteur croit donc que, malgré l'habileté et la science des médecins qui continuent à l'employer, cette méthode sera bientôt complètement abandonnée.

Le Dr Brothers a publié dans l'*Anat. Journ. of Obst.* de février 1890, un article très éloquent pour cette méthode, dans lequel il a passé sous silence ses dangers.

Les statistiques fournies par Brothers démontrent nettement qu'elle est beaucoup plus périlleuse que la laparotomie,

D'autre part, il est toujours difficile et souvent impossible de reconnaître la gestation extra-utérine à son début, de sorte qu'il y a certainement des cas où l'électricité a été appliquée, alors que la grossesse ectopique n'existait pas. Lorsque la laparotomie a été faite, le diagnostic n'a pu être erroné.

Lorsque l'embryon ou le fœtus ont été tués par le courant électrique, les organes pelviens n'en restent pas moins dans un état anormal et dangereux ; tandis que la laparotomie permet d'enlever tout organe malade, et d'éviter toute chance d'abcès pelvien, de fistule vaginale, rectale ou vésicale.

La laparotomie ne donne que 5 0/0 de morts ; et le plus grand

nombre des opérées ont été guéries complètement, tandis que 50 0/0 des femmes qui ont subi l'électrisation ont conservé, soit une tumeur, soit un épaississement des tissus pelviens qui peut exiger la laparotomie.

La laparotomie, dans les cas de grossesse ectopique arrivée au 3e ou au 4e mois, présente des conditions de simplicité toutes particulières, et faite sur plus de 50 malades opérées après la rupture du sac, n'a eu que 2 morts ; encore les causes de la mort ne sont-elles pas imputables à l'opération.

On avance, comme raison en faveur de l'électrisation, que la laparotomie exige un spécialiste ; mais il en est de même de l'électrisation.

L'auteur termine sa communication par la présentation des deux pièces.

L'une de ces pièces est un fœtus avec son placenta, provenant d'une laparotomie faits par Wathen, pour une grossesse tubaire dont le sac avait crevé dans le ligament large.

L'autre est un utérus avec ses annexes, enlevés après la mort. La malade n'a consenti à se laisser opérer que très tard et Wathen ne l'a vue qu'à l'article de la mort.

A. C.

Récidive de grossesse extra-utérine (Wiederholte Tubenschwangerschaft), par R. Frommel. *Deustche med. Woch.*, 5 juin 1890, n° 23, p. 494.

Dans un travail récent, Olshausen a cité un fait où il a du faire deux fois la laparotomie à une femme pour deux grossesses extra-utérines successives, et il a réuni plusieurs observations analogues. Frommel y ajoute un fait personnel, relatif à une femme qui, en 1883, a subi avec succès la laparotomie pour une grossesse tubaire droite, puis a eu en 1887 des phénomenes de grossesse exta utérine (avec expulsion de caduque) terminés par des accidents brusques et graves d'hématocèle, qui finalement a guéri.

Un cas de laparotomie au 10 mois d'une grossesse extra-utérine. Prof. G. E. Rein.

Communication faite à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Kieff, le 28 février 1890. Femme de 35 ans, 5e grossesse. Au début du 2e mois apparurent divers phénomènes morbides : métror-

rhagie avec syncopes, douleurs abdominales, fièvre, vomissements qui cédèrent vers le milieu du 3e mois pour ne reprendre quelque intensité qu'au 9e mois, à la fin duquel la malade se présenta à l'hôpital. Les signes objectifs étaient caractéristiques, le ventre développé comme dans une grossesse à terme, asymétrique, aplati à droite. Le palper abdominal fait reconnaître le fœtus en position oblique; ses mouvements sont vifs, son cœur bat 150 fois par minute; le souffle placentaire s'entend à gauche et la main appliquée à ce niveau perçoit une sorte de frémissement cataire. Le kyste fœtal est peu mobile, au-devant de lui et remontant jusque vers l'ombilic se trouve l'utérus. L'hystéromètre y pénètre à 17 cent. 1/2 et se dirige vers l'angle gauche; le col est ouvert et le doigt entre facilement au delà de l'orifice interne. Diagnostic : grossesse tubaire, transformée au 2e mois en intra-ligamenteuse par rupture de la trompe; fœtus vivant. L'opération fut exécutée le 14 février 90, huit jours après l'entrée de la malade, au 10e mois de la grossesse. Elle présenta les particularités suivantes : l'incision du kyste porta sur le placenta d'où hémorrhagie abondante aussitôt arrêtée par la compression digitale des bords de la plaie; l'enfant fut enlevé vivant; l'énucléation du kyste fœtal présenta des difficultés considérables, car il se trouvait intimement adhérent au méso de l'S iliaque, à l'épiploon, à l'utérus. L'opération dura 1 h. 4 m. Un tube à drainage en verre fut laissé dans la cavité de Douglas. Dans le cours de la convalescence il n'y a à noter que l'expulsion très douloureuse de fragments de la caduque utérine. La température ne dépasse pas 38°,7 ; les sutures furent enlevées le 8e jour; au moment de la communication l'opérée est absolument apyrétique et en voie de rétablissement, tout en portant encore un petit drain. L'enfant, venu au monde avec un poids de 3200 gr. pèse actuellement 3170, se porte bien. Son crâne est asymétrique, aplati à gauche. Le poids du placenta était de 1152 gr.

M. Wilbouchevitch.

Résultats définitifs des cas de grossesse extra-utérine traités par l'électricité (Subsequent behawior of cases of extra-uterine Pregnancy treated by electricity), par le Dr A. Brothers de Bellevue Hôpital (New-York). *Am. J. of Obst.*, février 1890, p. 113.

Aux 43 cas, dont l'auteur a publié le résumé dans *Amer.*

Journ. of Obst. de 1888), il en ajoute 10 autres, 2 malades seulement moururent ; chez les 8 autres, la tumeur disparut ou fut réduite de beaucoup : au total, 5 morts ; dans 3 cas, le fœtus a été probablement chassé dans la cavité utérine ; dans 2 cas, la suppuration survint et le fœtus s'élimina par morceaux.

Gill Wylie n'a jamais employé l'électricité dans ces cas et il est nettement opposé à son emploi. Il a trois fois fait la laparotomie, après que l'électricité avait échoué.

La plupart des gynécologistes à qui Brothers a demandé quel est l'état des femmes traitées par cet agent, sont favorables à son application.

Une malade a été revue, 8 ans, les autres, entre 3 et 1 an, après le traitement.

L'auteur termine son travail par un index bibliographique très complet.

A. C.

BIBLIOGRAPHIE

De l'hydronéphrose intermittente, par Félix Terrier et Marcel Baudouin.

MM. Terrier et Baudouin viennent de réunir en un volume la série d'articles, qu'ils avaient publiés l'an dernier dans la *Revue de chirurgie*, y ajoutant un certain nombre d'observations nouvelles et le résumé des travaux publiés pendant ces derniers mois sur la question.

Jusqu'à ces dernières années, la nature intime de l'hydronéphrose semblait avoir échappé à la plupart des observateurs. On n'avait pas été frappé de ce fait qu'il s'agissait là d'une simple rétention dans la première partie des voies d'excrétion de l'urine ; on ne voyait guère dans toute tumeur hydronéphrotique qu'une collection liquide plus ou moins comparable à un kyste vulgaire. MM. Félix Terrier et Marcel Baudouin, dans le long travail où ils ont décrit avec force détails la variété clinique d'hydronéphrose connue sous le nom d'hydronéphrose intermittente, se sont efforcés de bien mettre en relief l'essence même de cet état pathologique. Ils ont voulu montrer que, dans la grande majorité des cas, l'hy-

dronéphrose banale, fermée, pour employer le mot propre, n'était en somme qu'un des modes de terminaison de l'hydronéphrose intermittente, et que cette forme, avec ses deux variétés, l'hydronéphrose intermittente type avec crises de rétention et l'hydronéphrose intermittente à évacuation brusque, était celle qui méritait de devenir classique. Ils ont prouvé en outre la facilité d'infection de ces rétentions d'urine aseptiques dans le bassinet, et mis en évidence l'importance énorme de la mobilité rénale envisagée comme cause de l'hydronéphrose pour les cas que jadis on décorait du nom d'hydronéphrose idiopathique.

Peut-être n'ont-ils pas fait une place assez large aux rétentions rénales intermittentes liées à des uretéro-pyélites légères, variété de rétention sur laquelle insiste, à juste titre, le professeur Guyon.

Après avoir fait comprendre pourquoi les hydronéphroses des reins mobiles, liées à des coudures ou à des torsions de l'uretère pendant la ptose rénale, doivent toujours commencer par être intermittentes, ils ont décrit, avec précision les lésions et les symptômes si typiques de cette variété classique si curieuse. On se rendra compte de l'importance d'une œuvre d'aussi longue haleine, quand on verra la quantité des documents consultés, la conscience avec laquelle ils ont été utilisés, quand on saura enfin que c'est le premier ouvrage qui, dans notre pays, paraît sur ce sujet aussi intéressant qu'ignoré.

Du curetage de l'utérus, sa technique et sa valeur, par le Dr BERLIN (de Nice).

En terminant son intéressant travail, l'auteur formule les conclusions suivantes :

Au point de vue de la *technique :*

1° Le curettage nécessite, dans la généralité des cas, l'anesthésie chloroformique et la dilatation préalable de l'utérus au moyen de tiges de laminaire.

2° L'opération doit être faite avec les mêmes soins et les mêmes précautions antiseptiques que les opérations abdominales les plus importantes. Elle ne doit être entreprise que par un chirurgien exercé et outillé en vue de cette antisepsie rigoureuse. A cette condition seule, elle présente une innocuité à peu près absolue.

3° Les soins antiseptiques post-opératoires sont de la plus haute importance ; leur omission est la cause d'un grand nombre d'insuccès.

Au point de vue des *indications :*

1° Le curettage est le traitement par excellence de l'endométrite corporéale. Considéré comme procédé de la médication intra-utérine, il est incomparablement supérieur à tous les autres, au double point de vue de la bénignité opératoire et de l'efficacité des résultats.

2° Il ne saurait avoir la prétention d'être infaillible, de conférer dans tous les cas et du premier coup la guérison radicale d'une affection aussi essentiellement rebelle que l'est la métrite chronique dans la plupart de ses formes. Mais il nous donne prise sur des formes de métrites contre lesquelles, il y a peu d'années, la gynécologie était impuissante ; il nous fournit chaque jour des guérisons incontestables là où les méthodes anciennes avaient échoué.

3° Même lorsqu'il ne produit pas d'emblée la guérison absolue de tous les symptômes, il procure toujours une amélioration notable ; il n'y a aucun inconvénient et il y a souvent grand avantages à le renouveler plusieurs fois.

4° Il importe au plus haut degré de ne pas considérer le curettage comme le traitement banal de toutes les affections de l'utérus dans lesquelles peuvent se rencontrer des symptômes d'endométrite.

5° Diverses catégories de cas doivent être distinguées : — ceux où le curettage réalise à lui seul l'action curative ; — ceux où il constitue un traitement palliatif ; — ceux où il doit être associé, à titre d'adjuvant, à telle ou telle opération ; — ceux enfin où il est dangereux ou inutile et où l'on doit s'en abstenir complètement.

6° La condition essentielle d'un emploi judicieux du curettage est une précision aussi rigoureuse que possible dans le diagnostic anatomique et symptomatique de chaque cas particulier.

Traité à l'usage des sages-femmes (Lehrbuch der Hebammenkunst) par le Dr B.-S. Schultze d'Iéna. Engelmann, Leipziz, 1892.

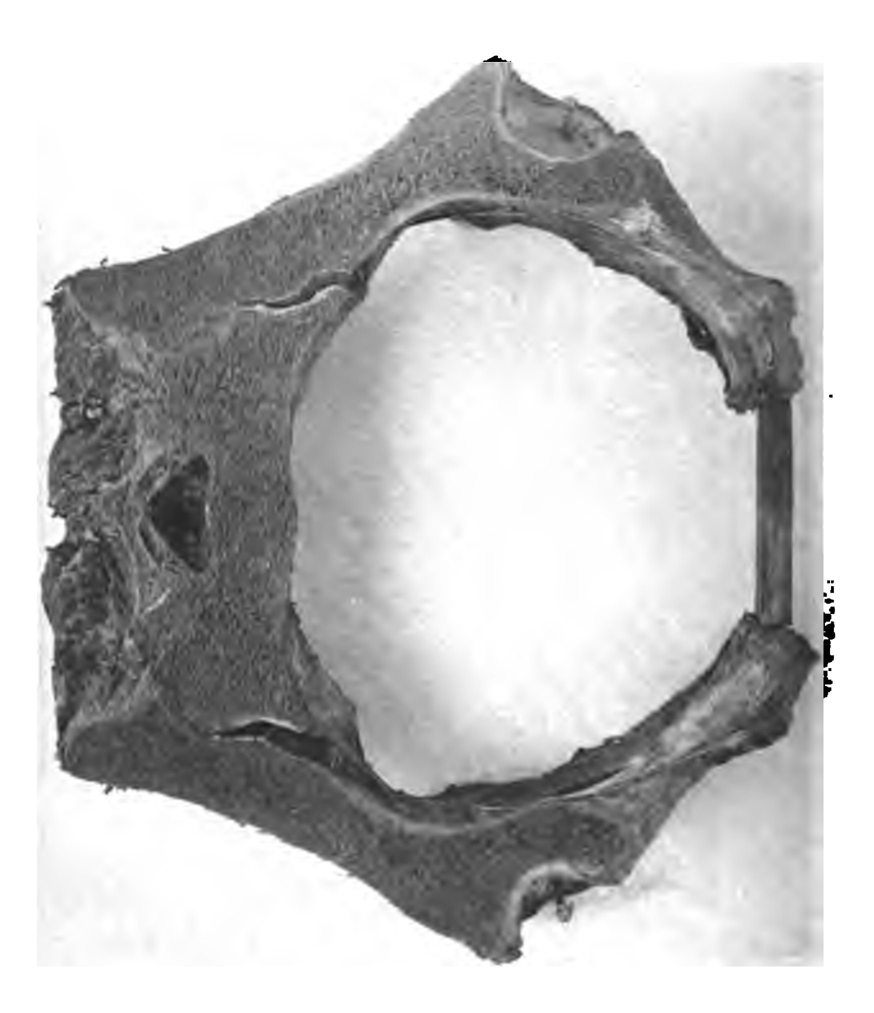
A la librairie Nierstraz (Liège). **Vademecum de Gynécologie, par** le Dr Duhrssen, traduit par le Dr Van Aubel. Petit in-18 de 175 p.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE
ET D'OBSTETRIQUE
JANVIER 1892

PLANCHE I



1/2 Gr

COUPE SUIVANT LE PLAN DU DÉTROIT SUPÉRIEUR D'UN BASSIN DE 10 c. 5 TRANSFORMÉ EN BASSIN DE 12 c. 4 GRACE A UN ÉCARTEMENT DE 6 c. DE LA SYMPHYSE PUBIENNE AVEC UN SIMPLE DÉCOLLEMENT SANS DÉCHIRURE DES LIGAMENTS SACRO-ILIAQUES ANTÉRIEURS (FEMME MORTE DE NÉPHRITE 9 JOURS APRÈS UN ACCOUCHEMENT A TERME)

PLANCHE II



1/2 GR

LA MÊME COUPE APRÈS RAPPROCHEMENT DES PUBIS

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

DU MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES PRÉSENTATIONS DU FRONT

Par le Dr **Auguste Pollosson**
Chirurgien de la Charité de Lyon.

Les réflexions que nous a inspirées la lecture des nombreux travaux parus sur ce sujet, l'observation d'un cas d'accouchement par le front, et quelques recherches expérimentales, nous ont conduit à admettre un mécanisme un peu différent de celui qui a été décrit jusqu'à ce jour. Telles sont les raisons qui ont motivé ce travail.

Les présentations du front ont été longtemps rangées soit parmi celles de la face, soit parmi celles du sommet ; les accidents dystociques qui surviennent fréquemment ont attiré sur cette question l'attention des observateurs et les ont conduits à faire une nouvelle classe de présentation céphalique.

Les auteurs sont absolument d'accord sur deux points que nous voulons rappeler tout d'abord. Ce sont : 1° la description des parties accessibles au toucher, c'est-à-dire l'énumération des signes qui font faire en clinique le diagnostic de

présentation du front ; 2° le mode tout particulier du dégagement.

1° Dans les présentations du front, les parties accessibles au doigt explorateur sont : la grande fontanelle, la partie antérieure de la suture sagittale, le front, les orbites, les yeux, le nez, une portion variable du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur. Ce qui les sépare des présentations du sommet, c'est qu'on n'atteint pas la petite fontanelle ; ce qui les distingue des présentations de la face, c'est qu'on n'atteint ni la bouche ni le menton ;

2° Le dégagement dans les présentations du front est absolument caractéristique, et aucun autre ne lui est comparable. Dans les présentations du sommet, l'occiput venant apparaître sous la symphyse, le dégagement se fait par un mouvement de déflexion qui a pour centre un point sous-occipital, et les divers diamètres sous-occipitaux viennent successivement se mettre en rapport avec le diamètre coccy-pubien. Dans les présentations de la face, le menton venant apparaître sous la symphyse, le dégagement se fait par un mouvement de flexion qui a pour centre un point trachélique, et les divers diamètres trachéliques viennent successivement correspondre au diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. Dans les présentations du front, le dégagement est différent et bien spécial : le nez vient se montrer sous la symphyse ; le maxilliaire supérieur ou, d'une manière plus précise, la partie alvéolaire du maxillaire supérieur vient s'arc-bouter contre la partie inférieure de la symphyse, et le dégagement a lieu par un mouvement de flexion qui a pour centre le maxillaire supérieur et les divers diamètres qui partent du maxillaire supérieur pour aller à la grande fontanelle, à la suture sagittale, à l'occiput, viennent successivement apparaitre sous la symphyse. L'issue du menton se fait en dernier lieu, par un mouvement de déflexion.

Nous voyons donc que les présentations du front peuvent être définies en clinique : 1° par la description des parties qu'atteint le doigt ; 2° par le mode particulier du dégage-

ment, point capital et typique du mécanisme de l'accouchement par le front.

Dans la description du mécanisme, nous pensons qu'il faut laisser de côté les présentations du front diagnostiquées au-dessus du détroit supérieur sur une tête non engagée, et qui se sont transformées au moment de l'engagement en une présentation de la face ou du sommet.

Nous ne tiendrons pas compte davantage des cas où une tête très petite ou très molle a permis dans l'excavation une transformation spontanée de la présentation.

Les présentations du front au-dessus du détroit supérieur et les présentations mobiles et variables des têtes petites et molles ont multiplié d'une manière exagérée les cas d'accouchements par le front et ont contribué à obscurcir la question du mécanisme.

Nous n'aurons donc en vue que les cas où une tête s'est engagée en front, est descendue en front et s'est dégagée en front.

Nous laisserons également de côté les cas dans lesquels un rétrécissemest du bassin est venu compliquer et modifier les difficultés mécaniques.

Un premier point en discussion mérite de nous arrêter un moment. Parmi les auteurs qui se sont occupés de la question, les uns prétendent que c'est le front qui occupe le centre de l'excavation ; les autres, au contraire, affirment que le centre de la présentation est représenté par la grande fontanelle ou du moins par un point voisin de cette grande fontanelle.

Disons immédiatement que c'est à cette dernière opinion que nous nous rattachons. La manière de voir que nous adoptons est basée, tout d'abord, sur les observations. On peut voir, en effet, que la présence de la grande fontanelle au centre de la présentation est maintes fois signalée ; elle est basée, en outre, sur la considération suivante : dans les présentations du front au moment où le dégagement va commencer le diamètre fœtal qui appuie contre les parois de

l'excavation est celui qui s'étend du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur à un point de la suture sagittale voisin de la petite fontanelle ; le centre de la présentation est donc représenté par un point situé à égale distance des extrémités de ce diamètre ; il est facile de constater, en considérant une tête de fœtus, que ce point correspond à peu près exactement à la grande fontanelle. En outre, si le front occupait le centre de l'excavation, comme la distance de ce front au menton est à peine de six centimètres on devrait atteindre avec le doigt explorateur la bouche et le menton, ce qui n'est pas.

Nous admettons donc que le centre de la présentation est représenté par la grande fontanelle. Si le front n'occupe pas le centre de la présentation, il en représente, du moins, la partie la plus déclive et la plus facilement accessible.

Si nous nous sommes arrêtés un instant pour discuter la situation du front, c'est parce que certains auteurs ont été conduits, par l'idée que le front était au centre de l'excavation, à une idée erronée sur le mécanisme de l'engagement et de la descente.

Il est pourtant une circonstance dans laquelle le centre de la présentation est à peu près représenté par le front et dans laquelle la fontanelle bregmatique est déjetée à la périphérie, c'est lorsque la descente se fait avec ouverture de la bouche. Nous reviendrons, en détail, sur cette situation particulière.

Dans la discussion qui va suivre, nous admettrons l'engagement dans un bassin cylindrique, et accepterons l'idée d'après laquelle l'axe de l'excavation se confond avec celui du détroit supérieur.

D'autre part, quand nous parlerons d'une tête fœtale et de la possibilité qu'elle a à s'engager de telle ou telle manière, nous prendrons comme type la tête non déformée d'un enfant extrait par une opération césarienne ; en pratique nous utiliserons le dessin que M. Budin a donné dans sa thèse.

I. — Du diamètre occipito-mentonnier ou du diamètre maximum considéré pendant l'engagement.

Mme Lachapelle prétendait que, dans les présentations du front, le diamètre occipito-mentonnier devait s'engager parallèlement au plan du détroit supérieur et que c'était là la raison qui rendait l'accouchement par le front si difficile.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question, Mangiagalli surtout, constatent l'impossibilité de cet engagement et prétendent avec juste raison que le diamètre occipito-mentonnier s'engage obliquement dans l'excavation.

« L'extrémité mentonnière du diamètre occipito-menton-
« nier, dit Mangiagalli, s'engagera dans la filière pelvienne
« avant l'extrémité occipitale de ce diamètre, rendant ainsi
« possible la descente ultérieure de la partie qui se présente,
« puisque le diamètre occipito-mentonnier s'insinue oblique-
« ment dans l'anneau qui représente le détroit supérieur. »

M. Devars (1) admet la descente suivant le mode décrit par Mangiagalli.

D'après cette description, au moment où va commencer le dégagement, le menton se trouve donc dans l'excavation, à un niveau inférieur à celui de l'occiput. Or le dégagement, dans les présentations du front, se fait de telle façon que l'occiput sort bien avant le menton, celui-ci étant la dernière partie céphalique qui se dégage. Si le menton est descendu le premier dans l'excavation, et si, d'autre part, l'occiput se dégage avant le menton, il est nécessaire que le diamètre occipito-mentonnier bascule dans l'excavation.

M. Devars a vu cette difficulté et la tranche de la manière suivante : « Les difficultés réelles n'existeront qu'au détroit
« inférieur où ce diamètre (l'occipito-mentonnier) est obligé
« de basculer, mais là, la rétropulsion du coccyx viendra
« favoriser ce mouvement et rendra possible ce dégagement
« de l'occiput ».

(1) Thèse de Lyon, 1885.

Cette explication est évidemment insuffisante car l'occiput, avant d'avoir atteint le coccyx, est obligé de parcourir une partie de l'excavation qui n'est nullement douée de la même mobilité.

Si nous reprenons le schéma de Mangiagalli (fig. 1), et si dans la section cylindrique ABCD nous introduisons le triangle schématique occipito-fronto-mentonnier OFM, en faisant engager le menton M avant l'occiput O, nous voyons que si l'occiput doit se dégager avant le menton, le diamètre OM devra basculer dans le cylindre ABCD ; et si nous représentons le coccyx par la distance HB mobile au point de pouvoir occuper la direction HB', nous voyons que l'occiput, avant d'atteindre la portion HB mobile, devra parcourir une partie de la distance OH qui n'est nullement susceptible d'être repoussée.

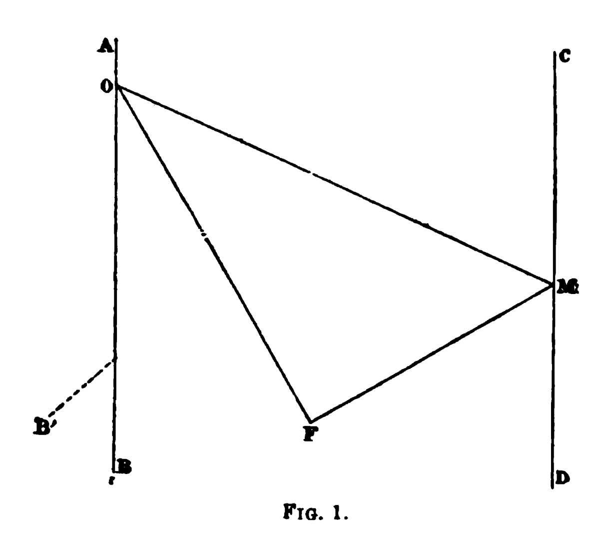


Fig. 1.

L'explication de M. Devars est donc illusoire et il est absolument nécessaire pour que le point O devienne inférieur au point M que le menton M se dégage (ce qu'on n'observe pas dans les présentations du front dégagées suivant le mode

décrit, [illegible] que le diamètre [illegible] dans l'excavation, ce qui ne [illegible] possible que dans les cas [illegible]

M. Blanc [illegible] M[illegible] la [illegible] du diamètre [illegible]-mentonnier avec l'extrémité [illegible]-nière en bas. [illegible] la difficulté du dégagement et [illegible] cette difficulté [illegible] bien différente de M. [illegible]. Mais son explication, bien que ne présentant aucune impossibilité mécanique, ne nous paraît pas être en rapport avec la réalité des faits observés.

C'est dans la description du troisième temps de l'accouchement, c'est-à-dire dans la description du temps de rotation que M. Blanc place la série des transformations de position qui permettront à la tête de se dégager. Ces transformations de position nous ont paru tellement complexes, que nous nous croyons obligés de transcrire en entier cette page de son mémoire.

« Le troisième temps de rotation est plus complexe. Il a le « même but et le même résultat que pour une présentation « de la face ou du sommet ; c'est-à-dire qu'il amène sous la « symphyse pubienne la partie qui doit se dégager la pre- « mière, pour qu'ensuite l'expulsion soit possible, et que « des diamètres plus petits que l'occipito-mentonnier se « mettent en rapport avec le coccy-pubien du détroit infé- « rieur. Prenons par conséquent la tête en présentation « frontale, dans la situation où elle se trouve à la fin du « deuxième temps, c'est-à-dire le front vers le centre de l'ex- « cavation, le menton en avant et à gauche, sur le milieu de la « distance pubio-ischiatique, l'occiput libre en arrière et en « haut. Il est à remarquer d'abord que le mouvement de rota- « tion autour d'un axe vertical ne peut s'effectuer directement, « car l'occiput non descendu viendrait buter contre le promon- « toire. De plus, lorsque sur le cadavre on essaye d'engager « la tête d'un fœtus à terme, placée, comme nous le suppo- « sons, en naso-iliaque gauche antérieure, de manière à amo-

(1) *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, [illegible].

« ner l'extrémité postérieure du diamètre occipito-frontal, « ou celle du grand diamètre de Budin en rapport avec la « paroi pelvienne sous-jacente, on éprouve des difficultés « considérables, à moins d'une tête petite ou d'un bassin « grand. Et, en effet, il faut, pour que l'occiput puisse des- « cendre dans l'excavation et gagner la courbure sacrée, que, « par un mouvement inverse, le menton remonte le long de « la paroi pelvienne antérieure et se dégage au-dessus du « détroit supérieur. Avant même que les points sus-indiqués « de l'occiput aient glissé sous la ligne innominée, le menton « est remonté et libre. A cet instant du mécanisme, la base « du crâne s'incline en bas et en arrière, de telle sorte qu'au « fur et à mesure que l'occiput se loge dans la concavité du « sacrum, le menton s'élève de plus en plus en avant. Aussi, « tandis qu'au moment de l'engagement du triangle cépha- « lique de Mangiagalli, aux deux premiers temps de l'accou- « chement par le front, l'extrémité mentonnière est le point « le plus déclive de la base du triangle, au troisième temps « c'est l'occiput. Le plan de la base du crâne s'est donc « incliné en sens inverse, regarde maintenant en haut et en « arrière et non plus en avant et en haut » (1).

Cette page, on le voit, comprend des phénomènes extrêmement complexes. Essayons de les analyser. Dans l'étude des phénomènes mécaniques de l'accouchement, il faut distinguer trois espèces de mouvements : 1° les phénomènes de progression en masse exécutés parallèlement à l'axe du bassin et qui constituent, à proprement parler, la descente ; 2° les mouvements de rotation de la partie qui se présente autour de son axe vertical, c'est-à-dire la rotation proprement dite, et 3° les mouvements de rotation autour d'un axe transversal, mouvements qui, pour la tête, consistent dans la flexion ou dans la déflexion.

(1) Faisons remarquer que les idées émises par M. Blanc sont à peu près semblables à celles de Marchionneschi (*Annali di Ostetricia*, 1884). L'un et l'autre de ces auteurs admettent la descente de Mangiagalli et supposent que le menton remonte ultérieurement pour permettre la descente de l'occiput.

Dans la description de son temps de rotation, M. Blanc comprend des mouvements appartenant à ces trois espèces et ceux du deuxième groupe, c'est-à-dire les mouvements de rotation proprement dits, sont loin d'être les plus importants.

Si nous considérons les mouvements de progression de la tête parallèlement à l'axe du bassin, nous voyons qu'après avoir exécuté sa descente, l'ovoïde crânien remonte dans l'excavation et va reprendre momentanément sa position première au-dessus du détroit supérieur. Le menton, en effet, remonte, d'après M. Blanc, le long de la paroi pelvienne antérieure, et se dégage au-dessus du détroit supérieur. *Or ce menton, descendu premier, ne peut remonter au-dessus du détroit supérieur qu'à la condition que l'occiput y remonte avec lui et même avant lui, à moins que dans cette ascension du menton le diamètre occipito-mentonnier ne vienne à basculer dans l'excavation,* ce que M. Blanc n'admet pas. Ainsi, après avoir exécuté sa descente, la tête remonte au-dessus du détroit supérieur, et l'accouchement, au point de vue mécanique, n'est pas plus avancé qu'avant qu'il ait débuté. Un mouvement de flexion s'exécute alors au-dessus du détroit supérieur. A ce moment commence une descente toute nouvelle dans laquelle le diamètre occipito-mentonnier s'engage dans l'excavation, l'occiput situé plus bas que le menton. Il n'est donc pas très exact de dire que, tandis qu'aux deux premiers temps de l'accouchement par le front, l'extrémité mentonnière est le point le plus déclive de la base du triangle, au troisième temps c'est l'occiput. Ce qu'il faudrait dire, si on admettait la description de M. Blanc, c'est que, dans les accouchements par le front, il se fait une première descente, le menton situé plus bas que l'occiput, puis la tête ne pouvant, dans cette position, ni se dégager, ni opérer sa rotation, remonte hors de l'excavation, s'y fléchit et descend alors d'une nouvelle façon, l'occiput plus bas que le menton; dans cette nouvelle position, la tête peut heureusement et tourner et se dégager.

Mais ces deux descentes, séparées par une ascension, n'ont été relatées par aucun accoucheur, nous ne la trouvons dans aucune des observations et nous ne l'avons pas constatée dans deux cas d'aocouchement par le front que nous avons pu suivre.

Quant au mouvement de bascule, imaginé par M. Blanc, et d'après lequel le menton situé d'abord plus bas que l'occiput lui deviendrait, en second lieu, supérieur, il placerait le triangle occipito-fronto-mentonnier dans la position O'M'F' (fig. 2) au lieu de la position OMF occupée primitivement).

Or, dans ces deux positions les parties accessibles au doigt doivent être bien différentes. Tandis que dans la première position OMF, le menton et la bouche devaient être facilement accessibles au doigt, ils ne doivent plus être accessibles dans la position O'M'F'.

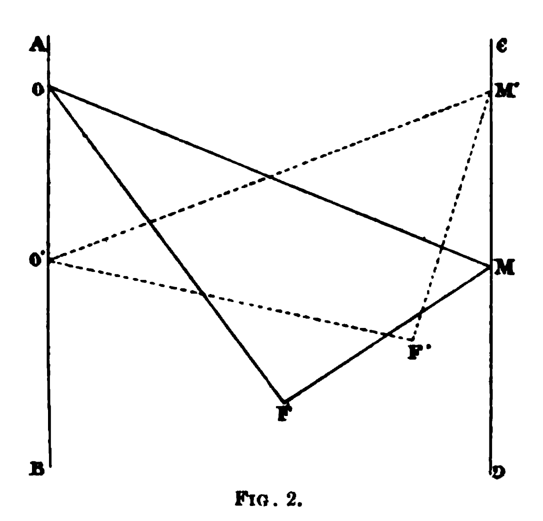


Fig. 2.

Or, dans les présentations du front qui ne se transforment pas, les parties perceptibles au toucher demeurent les mêmes pendant toute la desceute et jusqu'au dégagement. Ce mouvement de flexion ne s'observe pas (sauf dans les fronts transformés en sommets) et nous croyons qu'il s'est imposé

à l'esprit de M. Blanc, comme une nécessité théorique plutôt que comme un fait observé.

Nous n'admettons donc pas la descente suivant la description de Mangiagalli, c'est-à-dire, la descente avec le menton situé plus bas que l'occiput. Nous la rejetons parce que le dégagement ne pourrait pas s'effectuer suivant le mode observé dans les présentations du front, sans une bascule du diamètre occipito-mentonnier dans l'excavation, ce qui n'est pas possible dans les cas ordinaires.

La raison que nous venons de faire valoir ne serait évidemment pas suffisante pour tous les auteurs ; il en est quelques-uns, en effet, pour qui le diamètre maximum ne mérite même pas d'être pris en considération car il est déformé et réduit par des phénomènes plastiques de modelage. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point. Mais nous avons un autre motif pour rejeter l'idée de Mangiagalli acceptée par presque tous les auteurs, et pour considérer comme fausse l'attitude qu'il suppose à la tête au moment de l'engagement, ce motif est le suivant : *le triangle occipito-fronto-mentonnier descendant comme le décrit Mangiagalli ne constitue pas une présentation du front, mais une présentation de la face.*

Si, en effet, au lieu de représenter simplement le triangle schématique OMF nous dessinons la tête dans laquelle est inscrit ce triangle nous obtenons la figure ci-contre (fig. 3).

Or, nous ne pouvons absolument pas admettre que, dans une présentation semblable le doigt explorateur se borne à percevoir le front, les orbites, les yeux et le nez et ne puisse pas atteindre la bouche et le menton. Ces parties sont, en effet, situées très bas ; le menton est à peu près au même niveau que la grande fontanelle et rien n'empêche qu'on le sente facilement ; quand à la bouche, elle devrait en tout cas être facilement touchée. Or les présentations du front sont précisément caractérisées par ce fait que le doigt explorateur n'atteint ni la bouche, ni le menton. En second lieu, la grande fontanelle se trouve rejetée loin du centre de l'ex-

cavation, tandis que dans les présentations du front, c'est elle qui doit occuper le centre de l'excavation. En troisième lieu, si la présentation était telle que nous la dessinons d'après le schéma, nous ne voyons absolument pas quelle raison pourrait empêcher qu'on aille accrocher le menton avec un doigt, exagérer tant soit peu l'extensisn de la tête, et faire avec la plus grande facilité une présentation de la face, *si tant est que ce n'en soit pas déjà une que l'on ait sous les yeux*. Or nous savons qu'une pareille transformation est chose difficile, sinon impossible. En quatrième lieu, nous ne voyons pas ce qui pourrait empêcher le menton de des-

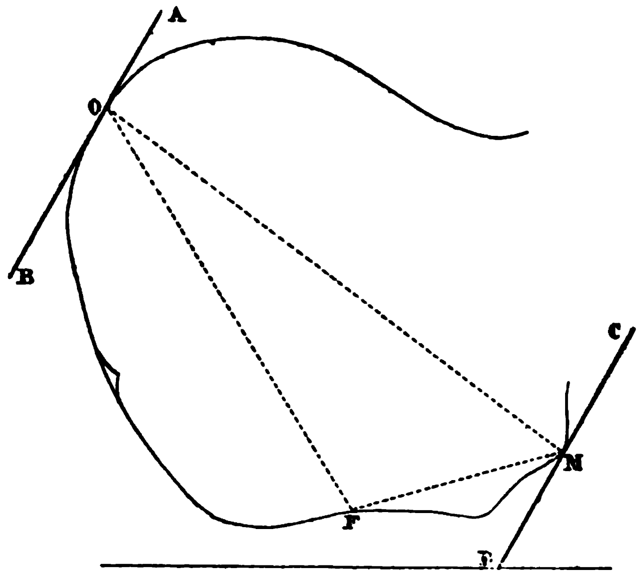


FIG. 8.

cendre jusqu'à ce qu'il vienne apparaître sous la symphyse et permettre ainsi aux diamètres trachelo-bregmatique, trachelo-occipital, etc. de se dégager au détroit inférieur comme cela se passe dans les présentations de la face.

Nous sommes donc conduit à supposer une autre attitude

à la tête qui se présente et qui s'engage en front et les idées que nous allons exposer maintenant ne sont pas purement hypothétiques, car : 1° elles sont en rapport avec les faits cliniques observés, et 2° elles ont pu être vérifiées expérimentalement.

Nous croyons que, dans les présentations du front, le diamètre occipito-mentonnier s'engage obliquement dans l'excavation ; mais de telle façon que l'extrémité occipitale du diamètre occipito-mentonnier pénètre avant l'extrémité mentonnière de ce même diamètre (fig. 4). L'obliquité du diamè-

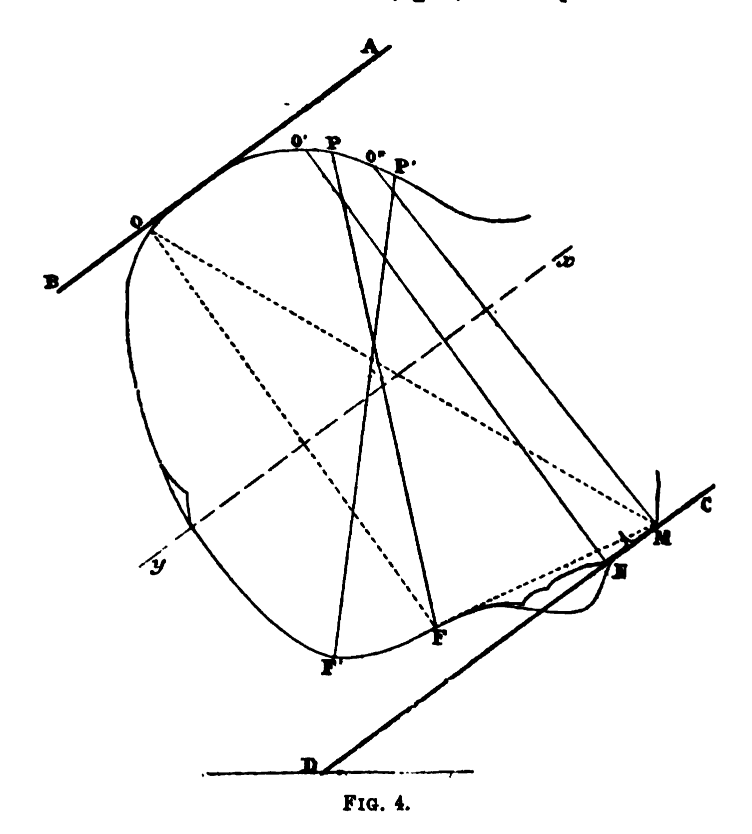


FIG. 4.

tre occipito-mentonnier n'est évidemment pas très grande et se rapproche plus de l'horizontale que de la verticale.

Elle est telle, en tous cas, que la position de la tête diffère encore beaucoup de celle que l'on observe dans les présentations du sommet. Il suffit, d'ailleurs, que l'obliquité soit suffisante pour permettre au diamètre de pénétrer dans l'excavation. La tête descend dans l'excavation dans la position représentée dans la figure ci-jointe. Cette position est possible puisque le diamètre occipito-mentonnier pénètre obliquement. Et cette position nous rend absolument compte des parties senties par le doigt dans les présentations du front. La grande fontanelle occupe approximativement le centre de l'excavation, le front représente la partie la plus déclive. Les arcades orbitaires, les yeux, la racine du nez peuvent être atteints par le doigt; mais la bouche et le menton sont inaccessibles au toucher. Telles sont bien les conditions nécessaires pour constituer une présentation du front telle qu'on l'observe en clinique. Nous avons représenté le bassin ABCD avec son inclinaison pour rendre compte d'une illusion trompeuse. L'occiput, en effet, tout en étant situé plus bas que le menton de la distance OO'' semble toutefois occuper une position plus élevée que l'extrémité mentonnière, car lorsqu'on dit qu'un point est plus élevé qu'un autre on a l'habitude d'apprécier ces positions relatives comme si la femme était debout.

Dans cette position, la descente quoique difficile est possible et le dégagement peut s'effectuer sans que le diamètre occipito-mentonnier ait à basculer dans l'excavation et sans que les deux descentes de M. Blanc, descentes qu'on n'a jamais observées, soient nécessaires pour permettre le dégagement. La deuxième descente de M. Blanc n'est, d'ailleurs, pas autre chose que celle que nous admettons.

Dans la discussion que nous venons de faire, nous avons parlé du diamètre occipito-mentonnier en appelant occiput et menton les extrémités de ce diamètre. Si nous avons adopté ces dénominations c'est pour conserver les expressions des auteurs dont nous discutions les opinions. Il est bien évident que, dans la réalité des faits, c'est du diamètre

maximum qu'il s'agit toutes les fois qu'il est parlé du diamètre occipito-mentonnier. Or ce diamètre maximum a une de ses extrémités au menton, mais son autre extrémité n'est pas représentée par la pointe de l'occiput; elle siège en un point variable qui est presque toujours situé sur la suture sagittale entre la pointe de l'occiput et la fontanelle antérieure. C'est ce diamètre maximum qui est dans l'impossibilité de s'engager parallèlement au plan du détroit supérieur, c'est lui qui est obligé de s'insinuer obliquement dans l'excavation; c'est lui que Mangiagalli veut faire descendre avec son extrémité mentonnière en bas et que nous voulons faire descendre avec son extrémité mentonnière en haut. La question de mécanique est la même si l'on substitue, dans la discussion, le terme diamètre maximum à celui de diamètre occipito-mentonnier. Il sera toutefois plus rigoureusement vrai de dire que, dans l'engagement des présentations du front, c'est le diamètre maximum qui s'insinue dans le cylindre pelvien avec une obliquité telle que l'extrémité mentonnière pénètre la dernière.

Si nous faisons cette modification aux faits que nous avons exposés dans la première partie du travail c'est qu'il a son importance au point de vue des choses qu'il nous reste à étudier.

Les présentations du front, si on accepte le mode d'engagement et de descente que nous avons décrit, se rapprochent donc davantage des présentations du sommet que des présentations de la face. La tête en s'engageant par le front pourra présenter peut-être une flexion ou une déflexion plus ou moins marquée suivant les cas; mais une limite séparera toujours cette présentation de celle de la face, et cette limite est constituée par le diamètre maximum qui, pour les présentations de la face, fait pénétrer son extrémité mentonnière la première, tandis que pour les présentations du front, l'extrémité occipitale du même diamètre s'engage avant le menton. D'après cette manière de voir, les transformations de front en face et de face en front pourront bien s'observer au-des-

sus du détroit supérieur, c'est-à-dire avant tout engagement, mais elles ne pourront pas se produire dans l'excavation car elles nécessiteraient la bascule *in situ* du diamètre maximum ; ou du moins, si pareilles transformations se produisent ce n'est qu'avec des têtes très petites, très molles et très réductibles évoluant dans un grand bassin. Les transformations du front en face étant considérées comme impossibles, sauf dans les cas de têtes molles, il est évident que ce changement ne devra pas être tenté par l'accoucheur. Il est bien entendu que si une tête située au-dessus du détroit supérieur se présentait comme un front, avant que l'engagement fût effectué, on aurait absolument le droit de chercher à corriger cette présentation.

Nous venons de voir quelle est la limite qui différencie les présentations du front de celles de la face, voyons maintenant ce qui les sépare de celles du sommet. La différence est constituée par la position du diamètre occipito-frontal maximum dans l'une et dans l'autre présentation. Mais il importe de préciser la définition et de dire exactement de quel diamètre nous parlons. Si l'on considère la tête avant toute modification de forme, on voit que le diamètre FP (fig. 4), qui relie la racine du nez à la pointe de l'occiput, est à peu près le plus grand des diamètres qui passent par le front ; toutefois, un diamètre qui aboutit en arrière un peu au-dessous de la pointe de l'occiput, est un peu plus grand que le précédent de quelques millimètres. On peut encore considérer un autre diamètre F' P' allant du point le plus élevé du front à un point sous-occipital encore plus reculé que le point P, diamètre que l'on pourrait appeler sus-fronto-sous-occipital. Tous ces diamètres sont à peu près de 12 centimètres sur une tête moyenne, c'est-à-dire qu'ils sont de ceux qui peuvent à la rigueur basculer, mais qui ne basculent pas facilement dans l'excavation. Or, *dans la présentation du front, tous ces diamètres pénètrent obliquement dans le bassin en engageant leur extrémité frontale la première, tandis que dans les présentations du sommet, c'est leur extrémité occipitale qui descend tout d'abord.*

Pour passer de la présentation du front à celle du sommet, il faudrait donc que le plus grand des diamètres occipito-frontaux basculât dans l'excavation, ce qu'il peut faire à la rigueur, mais avec difficulté.

Si l'on considère la tête au début du travail en présentation du front, on voit donc que sa transformation en sommet ne serait pas mécaniquement impossible ; mais la tête subit rapidement des phénomènes de déformation et de modelage qui modifient plus ou moins quelques-uns de ses diamètres. Tandis que les diamètres qui, du menton ou du maxillaire supérieur, vont à la région sus-occipitale, sont diminués, on voit au contraire s'allonger les diamètres qui vont du front à l'occiput ou au sous-occiput. Le diamètre le plus important est à ce moment constitué par la ligne F' O' (fig. 7) qui va du point le plus élevé du front à un point de l'occiput situé en arrière de la petite fontanelle. Cette distance devient longue de 13 centimètres environ et constitue le plus grand diamètre de la tête fœtale. Ce diamètre maximum ne peut basculer dans l'excavation ; il empêche donc, d'une manière absolue, la transformation d'une présentation du front en présentation du sommet.

Nous voyons donc que si l'on considère la tête en présentation du front, et n'ayant pas subi de phénomènes plastiques qui la déforment, sa position est plus différente des présentations de la face que des présentations du sommet; mais si on considère la tête modifiée et déformée (de telle façon que le diamètre mento-sincipital est diminué, tandis que le diamètre sous-occipito-frontal est augmenté), sa position est plus différente des présentations du sommet que de celles de la face.

L'axe de la présentation, c'est-à-dire l'axe de la tête, qui, pendant l'engagement et la descente, vient se confondre avec l'axe de l'excavation, est représenté par une ligne allant du trou occipital à la partie antérieure de la grande fontanelle; les plans d'engagement, c'est-à-dire les plans de section de la tête qui viendront successivement se mettre en rapport

avec le détroit supérieur, sont évidemment perpendiculaires à cet axe; ils seront représentés par les circonférences fronto-sous-occipitale, naso-occipitale et mento-sous-occipitale. Les grands diamètres de ces circonférences sont à peu près égaux entre eux et ne dépassent guère 12 centimètres si on les considère sur une tête qui n'a pas été déformée. L'extrémité postérieure de ces diamètres correspond à la partie la plus reculée de la suture sagittale et à la région de la petite fontanelle, c'est-à-dire à la région du crâne la plus susceptible de se modifier par les pressions. Ces diamètres successifs, étant à peu près égaux entre eux avant le modelage, sont égalisés encore par les phénomènes plastiques, il en résulte la constitution sur la tête fœtale d'un cylindre de 3 ou 4 centimètres de hauteur que M. le professeur Fochier (1) a bien décrit. Nous renvoyons le lecteur aux leçons de ce maître, qui a bien montré l'importance de ce cylindre relativement à la descente et à la rotation dans les présentations du front.

Quant au dégagement dont nous avons plus haut rappelé le mode particulier, il présente, en effet, des difficultés plus grandes que dans les présentations du front ou du sommet, car les diamètres naso-sincipital, naso-occipital sont plus grands que les diamètres sous-occipitaux dégagés dans les présentations du sommet et que les diamètres trachéliques dégagés dans les présentations de la face.

Nous avons rappelé au début de ce travail le mécanisme du dégagement en front. Ce mécanisme ressemble, à certains points de vue, à celui que l'on observe dans les positions occipito-sacrées du sommet; dans ce dernier cas, en effet, l'encoche naso-frontale, venant appuyer sous la symphyse, l'occiput se dégage premier à la commissure postérieure de la vulve par un mouvement de flexion exagéré; ultérieurement, par un mouvement de déflexion, la face puis le menton

---

(1) *Province médicale*, juillet 1890.

apparaissent sous la symphyse. Il semble que la similitude soit complète avec le dégagement du front. Mais il existe des différences que nous devons signaler. Dans les sommets en position occipito-sacrée, la descente se fait dans une attitude de flexion très prononcée; cette descente doit être très profonde et l'occiput doit refouler et faire bomber d'une manière très prononcée le périnée postérieur ; dans ce cas, l'occiput se trouve situé, avant et pendant le dégagement, notablement plus bas que le front. Dans les présentations du front, au contraire, la descente se fait moins profonde ; au moment où va commencer le mouvement de flexion du dégagement, l'occiput se trouve situé notablement plus haut que le front, d'autant plus que les phénomènes plastiques ont exagéré la longueur du diamètre occipito-frontal.

« Le point de la présentation le plus proéminent en arrière, « dit M. Fochier (la protubérence occipitale externe), ne « distend pas encore le périnée postérieur au début du déga- « gement comme dans le sommet. »

On verra dans un chapitre ultérieur le dégagement tout particulier et plus favorable qui se produit lorsque la bouche du fœtus est ouverte.

II. — Déformations de la tête dans les accouchements par le front.

En discutant le mode de pénétration de la tête dans l'excavation nous sommes arrivés à conclure que le diamètre maximum s'insinuait obliquement et que son extrémité postérieure descendait avant son extrémité mentionnière; nous avons basé cette conclusion sur une série de considérations de mécanique obstétricale et sans tenir compte d'une condition qui a pourtant une grande importance, nous voulons parler des phénomènes plastiques qui viennent modifier la forme de la tête. Ce modelage de la tête pendant l'accouchement mérite de nous arrêter maintenant; il a, en effet, une importance puisqu'il modifie notablement l'importance de certains diamètres. Ces phénomènes plastiques ont

frappé l'attention de presque tous les observateurs. Quelques auteurs ont même été conduits à penser que les modifications des divers diamètres de la tête rendaient absolument futile toute discussion sur la manière dont ces diamètres se comportaient à leur passage.

M. Auvard (1), par exemple, pense que grâce au modelage de la tête, le diamètre maximum peut pénétrer dans l'excavation en engageant indifféremment la première son extrémité mentonnière ou son extrémité occipitale.

M. Fochier (2) s'exprime d'une manière fort analogue : « Il est singulier, dit-il, de voir les auteurs s'escrimer pour « expliquer la progression du diamètre occipito-mentonnier ; « admettre des oscillations du diamètre qui n'existe pas, ou « qui n'existe plus, puisque dans la présentation du front, « ses dimensions sont supprimées par la déformation de ses « deux extrémités. »

Il ne nous viendra pas à l'esprit de nier les déformations de la tête observées par tous les auteurs dans les présentations du front ; nous ne songeons pas davantage à nier la modification des diamètres céphaliques et spécialement la réduction du diamètre maximum sur lequel les auteurs et nous après eux, avons longuement discuté. Mais nous pensons que les déformations n'enlèvent rien de leur valeur aux arguments que nous avons invoqués pour expliquer l'attitude de la tête au moment de son engagement et pendant sa descente.

Faisons remarquer tout d'abord que, en admettant l'engagement que nous avons décrit, l'accouchement peut se faire dans un bassin normal sans exiger théoriquement une déformation bien prononcée de la tête, puisque le diamètre maximum s'est engagé obliquement et puisque d'après notre exposé, ce diamètre n'est point obligé à basculer dans l'ex-

(1) *Travaux d'obstétrique*, t. III, 1889.
(2) *Province médicale*, 28 juillet 1889.

cavation pour se dégager suivant le mode particulier aux présentations du front.

De ce que cette descente est possible sans exiger des déformations de la tête, faut-il conclure que ces déformations ne se produiront pas ? Évidemment non. En effet, nous savons que, même dans les présentations de la face et du sommet, on observe des déformations caractéristiques de la tête. Or, dans ces présentations les déformations ne sont évidemment pas dues à la résistance du détroit supérieur ou de l'excavation, du bassin osseux en un mot ; la circonférence sous-occipito-bregmatique, dont le plus grand diamètre est de 10 cent. à 10 cent. 1/2, représente la plus grande circonférence de la tête en présentation du sommet ; elle peut évoluer sans difficulté dans l'excavation et au détroit supérieur ; et pourtant une tête qui se présente subit ainsi des modifications de forme. Ces modifications sont dues à la résistance des parties molles représentées par le segment inférieur de l'utérus, le col utérin, le plancher périnéal, la vulve. Cette résistance des parties molles est plus grande chez les primipares, le travail s'en trouve retardé et les déformations de la tête sont plus accentuées que chez les multipares.

Nous savons donc que les déformations s'observent même avec une attitude de la tête telle que le bassin osseux n'offre aucune résistance.

Quoi d'étonnant alors à ce que, dans les présentations du front, on observe des déformations, même si l'on constatait que le bassin osseux n'a pas été obligé de les produire.

De ce que dans une attitude donnée de la tête certains diamètres se déforment, faut-il conclure que cette attitude n'existait pas ? Évidemment non. *Nous pensons* même *que l'attitude de la tête, c'est-à-dire le degré précis de sa déflexion dans les présentations du front, légitimera des déformations déterminées et que ces déformations seraient autres dans une attitude différente.*

Les modifications de forme de la tête pourront se faire soit au moment de l'engagement, soit au moment du dégagement.

Celles qui se feront au moment du dégagement auront pour agent exclusif le périnée, c'est-à-dire les parties molles; celles qui se feront au moment de l'engagement ou pendant la descente pourront avoir pour agent la résistance du bassin lui-même et la résistance de certaines parties molles représentées surtout par le col utérin et le segment inférieur de l'utérus.

Il est difficile de faire la part, sur une tête expulsée avec des déformations, des causes diverses qui ont pu influer sur ces changements de forme.

On peut dire, toutefois, que les résistances apportées par le bassin osseux lui-même au moment de l'engagement ne pourront agir que sur des diamètres de plus de 12 cent. et que ces résistances ne pourront pas réduire ces diamètres à plus de 12 centimètres. Il semblerait d'après cette considération que la plus grande part des déformations devraient être rapportées au temps du dégagement.

S'il en est ainsi, et si les modifications de forme ont pris naissance aussi tard, c'est-à-dire, après la descente, tous les raisonnements que nous avons appliqués à l'obliquité du diamètre maximum, garderaient toute leur valeur ; à ceux qui nous objecteraient la diminution de longueur du diamètre maximum, nous pourrions répondre que ces diamètres n'ont perdu leur longueur et leur importance qu'au moment du dégagement, mais qu'ils n'étaient pas modifiés au moment de l'engagement et pendant la descente et que, par conséquent, ils ne pouvaient pas basculer d'une manière indifférente dans l'excavation.

Mais ce procédé de raisonnement ne serait pas parfaitement légitime, car nous pensons que le bassin osseux doublé des parties molles peut opposer une résistance à des diamètres inférieurs à 12 et que, par conséquent, des déformations pourront se produire au moment de l'engagement et pendant la descente.

Nous croyons, toutefois, que les déformations qui se constituent au moment de l'engagement ne permettent pas de

dire que l'attitude de la tête est indifférente, que l'importance du diamètre maximum ou de l'occipito-mentonnier ne mérite aucune considération. En effet, le diamètre maximum ne peut s'engager et par conséquent *ne peut pas être directement modifié au moment de l'engagement*, s'il subit une réduction, ce n'est qu'indirectement et *ces déformations indirectes n'enlèvent pas sa valeur à l'obliquité du diamètre maximum au moment où il pénètre dans l'excavation.*

Pour être plus précis ou plus clair supposons(fig. 5) la tête

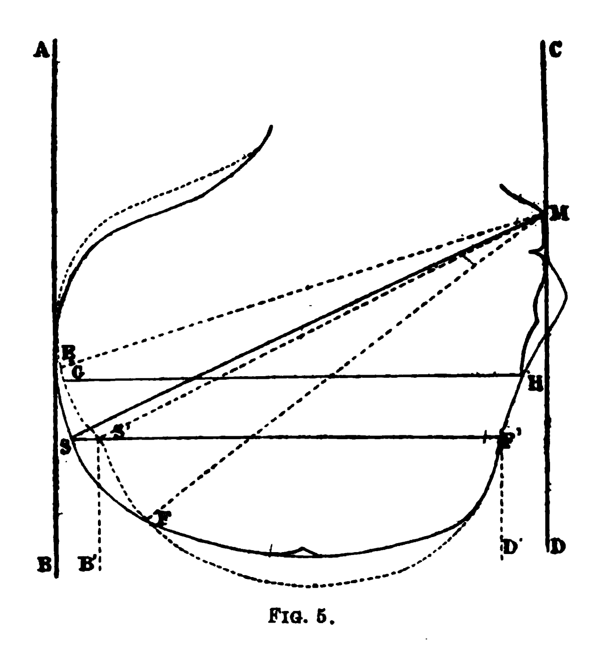


FIG. 5.

normale pénétrant dans un bassin ABCD, dans l'attitude que nous avons décrite, avec son diamètre maximum oblique et le point sincipital S descendant avec le menton M. Supposons maintenant que la tête ait à subir une résistance de la part du bassin ; les choses se passeront comme si elle avait à descendre dans un bassin plus petit, dans le bassin S'B'F'D' par exemple.

Les résistances agiront tout d'abord sur le diamètre sincipito-frontal SF et le réduiront à la dimension S'F. De ce fait, le point S étant venu en S', le diamètre maximum SM sera devenu S'M, c'est-à-dire, aura été réduit, mais indirectement. A ce moment, des déformations de la tête lui auront donné une forme nouvelle représentée en pointillé. Eh bien, la tête pourra-t-elle profiter de la réduction de son diamètre maximum pour modifier son attitude, pour se défléchir par exemple? Non, évidemment, car les déformations de la tête auront créé deux nouveaux diamètres ME et MF, plus grands qu MS' et l'on comprend que le diamètre MF s'opposera tout aussi bien que le diamètre maximum primitif à la déflexion de la tête qui descend. Lorsque, ultérieurement, le diamètre GH s'engagera grâce à une déformation nouvelle, le même raisonnement sera applicable et nous pourrons dire encore que la tête déformée est obligée de garder son attitude. Ainsi la tête s'engagera subissant progressivement des déformations, modifiant et réduisant ses diamètres primitifs, mais constituant à chaque temps de sa déformation des diamètres nouveaux qui maintiendront le degré de déflexion qu'elle avait au début.

Des déformations de la tête résultera la constitution d'un cylindre engagé dans le cylindre pelvien et l'on comprend que cette disposition s'opposera à toute modification de la présentation soit dans le sens de la flexion, soit dans le sens de la déflexion.

En tous cas l'extrémité sincipitale du diamètre maximum s'est engagée la première et malgré les déformations successives subies par ce diamètre, cette extrémité sincipitale d'un diamètre réduit sera toujours (pendant l'engagement et la descente) située plus bas que l'extrémité mentonnière.

Comment va se déformer la tète pendant son engagement et sa descente? Les pressions qu'elle aura subies seront dirigées perpendiculairement à l'axe de la présentation par une série de forces concentriques (forces qui ne sont que la résistance des parois pelviennes à l'effort utérin). Ces forces

auront pour effet de rapprocher le front du sinciput, le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur de la région occipitale, et comme les parties postérieures du crâne sont les plus facilement réductibles il en résultera un aplatissement de la région sincipitale et de la partie supérieure de l'occipital. En même temps que les diamètres susindiqués se réduiront, la tête augmentera ses dimensions dans un sens perpendiculaire aux compressions, c'est-à-dire dans le sens de l'axe de la présentation ; le front bombera d'une manière exagérée et la partie postérieure de l'occiput sera rejetée en arrière. Les déformations ainsi déduites théoriquement du mode d'engagement et de descente que nous avons décrit, sont bien en réalité celles que nous a révélées la clinique, ce dont il est facile de se convaincre en jetant les yeux sur un des nombreux dessins qu'on a donnés des têtes venues en présentation du front.

Bien que la tête ait subi diverses modifications de forme pendant l'engagement et la descente, elle en subira de nouvelles au moment du dégagement. A ce moment, les forces qui produiront des déformations agiront successivement sur le front, le sinciput, l'occiput et le sous-occiput et tendront à rapprocher ces différents points du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, c'est-à-dire du centre de rotation du dégagement. Ces forces déformantes ne sont pas tout à fait identiques à celles qui ont agi pendant l'engagement et la descente, mais en somme elles n'en diffèrent pas très sensiblement.

Nous dirons à nouveau qu'il est difficile de faire la part des déformations qui se sont produites pendant l'engagement et de celles qui se sont faites au moment du dégagement. On ne peut pas savoir quelles sont celles qui ont été le plus importantes. Nous pensons toutefois que les phénomènes de modelage sont plus prononcés pendant le dégagement et nous basons notre opinion sur un fait clinique observé par nous. Il s'agit d'une femme multipare qui eut un accouchement par le front. La poche des eaux s'étant rom-

pue tardivement, la descente s'effectua assez rapidement (moins de 3 heures); le travail s'étant alors arrêté, nous fîmes le dégagement au forceps, suivant le mécanisme classique, c'est-à dire en produisant une flexion de la tête autour du maxillaire supérieur appliqué sous la symphyse. Or dans ce cas, il s'agissait d'un enfant bien développé, dont la tête n'était nullement molle et les déformations du crâne étaient presque nulles. Nous pensons que le modelage classique était peu marqué en raison de la descente et du dégagement rapides, c'est-à-dire parce que les parties molles n'avaient pas agi assez longtemps, pour déformer la tête. Toutefois, comme il s'agissait d'un accouchement dans un grand bassin, nous ne voudrions pas trop généraliser notre conclusion et nous admettons qu'une partie des déformations se font pendant l'engagement.

Si on admettait la descente de Mangiagalli, la résistance des parois pelviennes agissant tout d'abord sur le menton descendu premier, aurait comme effet de le repousser vers le centre de l'excavation, d'exagérer la déflexion de la tête et d'accentuer encore la présentation de la face.

Dans les présentations du sommet en position occipito-sacrée, on voit que la descente se faisant en flexion exagérée, la résistance du bassin en diminuant certains diamètres, aura comme résultat d'allonger le diamètre longitudinal de la présentation, c'est-à-dire l'occipito-mentonnier. Cette déformation diffère donc essentiellement de celle que l'on observe dans les présentations du front.

L'accouchemeut par le front se fait donc avec un mécanisme spécial et grâce à des déformations spéciales L'ovoïde crânien présentait primitivement un pôle mentonnier et un pôle occipital. Grâce aux phénomènes plastiques, le menton se rapprochera de l'occiput et la forme de la tête sera représentée par un nouvel ovoïde dont les pôles seront le front et le sous-occiput.

Le degré des déformations nécessitées, sera influencé par la durée du travail; il le sera surtout par les rapports de dimension de la tête et du bassin.

« Aussi serait-ce une exagération que d'assigner aux pré-
« sentations du front, un rang d'égalité avec celles du som-
« met ou de la face. Ces dernières, en effet, peuvent être
« observées avec des têtes quelconques, et dans des bassins
« quelconques, tandis que le mécanisme spécial des accou-
« chements par le front, ne pourra être réalisé que dans des
« conditions spéciales; il exige certaines dimensions du
« bassin et de la tête, et surtout une plasticité particulière
« de cette tête. Ces conditions doivent se trouver réunies.
« Des relations spéciales entre ces trois facteurs sont abso-
« lument nécessaires. » (Professeur PINARD. *Communic. orale.*)

III. — De l'ouverture de la bouche du fœtus dans les accouchements par le front.

Nous voulons maintenant appeler l'attention sur un phénomène très particulier qui se produit quelquefois, *souvent peut-être*, et qui, à notre avis, modifie sensiblement les conditions mécaniques de l'accouchement par le front, nous voulons parler de l'ouverture de la bouche du fœtus et de l'élevation du menton.

Cette ouverture de la bouche a été observée cliniquement, et nous avons constaté, en outre, qu'elle se produisait fréquemment dans les tentatives expérimentales.

Parlons d'abord des faits cliniques.

Dans une des observations rapportées par M. Fochier dans son mémoire, le dégagement se fit d'une manière toute particulière : « Le point fixe, le point autour duquel se fit la ro-
« tation caractéristique du dégagement se trouva intra-
« buccal, l'enfant semblait mordre la symphyse du pubis...,
« le menton se dégagea le dernier. »

Dans ce cas, l'ouverture de la bouche fut constatée avec la plus grande évidence ; il nous semble incontestable que cette ouverture n'a pas pu se produire pendant la descente ou au moment du dégagement, mais qu'elle a dû se faire plus tôt et au moment même de l'engagement.

Remarquons que la tête de l'enfant présentait après la naissance des caractères particuliers qui rappelaient le mode particulier du dégagement: la lèvre et le maxillaire inférieurs étaient refoulés en arrière, la bouche se maintenait un peu ouverte, le cou paraissait continuer le menton.

Dans le mémoire d'Henricius, une figure représente les déformations caractéristiques de la tête venue en front, or nous pouvons précisément remarquer sur cette figure l'ouverture de la bouche et l'abaissement du menton ; il n'est pas possible d'admettre que cette attitude du menton ait été représentée ainsi par hasard; il est plus logique d'admettre que dans ce cas, comme dans celui de M. Fochier, l'ouverture de la bouche s'était produite pendant l'accouchement et que l'enfant avait conservé immédiatement après sa naissance une attitude de la bouche, acquise pendant l'accouchement.

D'ailleurs Henricius signale incidemment dans son mémoire la possibilité de cette ouverture de la bouche, mais sans insister en aucune façon sur ce problème et sans en montrer les conséquences.

Dans l'observation si intéressante et si complète rapportée par M. Budin dans sa thèse, il nous semble que les mêmes choses se sont produites et même que le changement de position du menton a été constaté au moment de l'engagement. Nous rapportons les principaux passages de cette observation :

« Après la rupture de la poche des eaux, la partie fœtale « est très élevée. On arrive sur la *fontanelle antérieure qui* « *est juste au centre du bassin*, la suture sagittale est placée « tout à fait transversalement. En la suivant on arrive à « gauche sur le front qui est à l'extrémité transversale du « détroit supérieur. On peut même, en enfonçant la main, « atteindre l'arcade sourcilière et la racine du nez. — Les « douleurs étant devenues assez vives à 3 h. 40, on trouva « *la fontanelle antérieure, non plus au centre du bassin,* « *mais rapprochée du bord droit du détroit supérieur ; le*

« *front est donc au centre du bassin.* A gauche, on trouve
« le nez et l'on arrive jusqu'à l'arcade alvéolaire du maxil-
« laire supérieur. La suture frontale est encore placée trans-
« versalement, *le menton restant toujours au-dessus du*
« *bord gauche du détroit supérieur.* »

Plus loin, à propos du dégagement :

« Le bord alvéolaire du maxillaire supérieur est appliqué
« sous le bord inférieur de la symphyse. Le vertex, puis
« l'occiput se dégagent au-devant de la commissure anté-
« rieure du périnée. Cela fait, la tête s'abaisse et le maxil-
« laire inférieur qui était resté derrière la symphyse pel-
« vienne sort à son tour.

« *L'enfant, pourrait-on dire, mordait la symphyse.* »

Voilà donc des observations cliniques qui montrent la possibilité du dégagement et probablement de l'engagement de la tête, la bouche étant ouverte.

Nous pouvons ajouter qu'en expérimentant sur le mannequin au moyen d'une tête de fœtus nous avons constaté que ce même phénomène se produisait facilement et souvent. A en juger par l'expérimentation, nous tendrions à croire que cet écartement du maxillaire est fréquent. Il est fort possible qu'il se produise souvent aussi en clinique, mais qu'il passe inaperçu. En effet, le dégagement par rotation de la tête autour d'un point intra-buccal est exceptionnel ; le point de rotation autour duquel se fléchit la tête pour se dégager est habituellement le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur ; dès lors, *l'ouverture de la bouche, quand même elle existerait, serait impossible à constater. Peut être, si l'on exagérait la descente avant de faire le dégagement, constaterait-on plus souvent cette ouverture de la bouche et un dégagement semblable à celui qu'ont conseillé M. Fochier et M. Budin.*

Faisons remarquer, immédiatement, que cette ouverture de la bouche élève notablement le niveau du menton dans la présentation du front et que cette élévation est un argument en faveur de l'idée que nous avons soutenue sur l'obliquité

du diamètre maximum, dont l'extrémité occipitale ou sincipitale s'engage avant l'extrémité mentonnière.

En étudiant sur les têtes de fœtus l'ouverture de la bouche, nous avons constaté que cet écartement des mâchoires atteignait un degré vraiment considérable ; le maxillaire inférieur devient presque vertical et vient s'appliquer contre la colonne cervicale ; l'écartement peut atteindre 5 centimètres et on peut immédiatement prévoir que les diamètres qui partent du menton seront sensiblement modifiés par cette position nouvelle. Nous avons dessiné d'après des empreintes les modifications apportées à la forme de la face par l'ouverture forcée de la bouche.

Étudions maintenant d'une manière analytique les modifications que ce mouvement de la mâchoire peut apporter à la présentation et à la descente.

La première conséquence consistera dans la possibilité d'un certain degré de déflexion ; le maxillaire supérieur, n'étant plus solidaire du maxillaire inférieur, pourra s'abaisser davantage. Les parties accessibles au toucher seront modifiées par ce fait dans leur position ; on verra le front (fig. 6) se rapprocher du centre de l'excavation et du même fait, la grande fontanelle quitter sa position centrale pour se rapprocher de la périphérie. Ces changements sont évidents dans l'observation de M. Budin. Au début du travail, en effet, la grande fontanelle est notée comme occupant juste le centre du bassin ; plus tard, quand l'ouverture de la bouche s'est produite, la grande fontanelle se rapproche du bord du détroit supérieur et le front est au centre du bassin ; à ce moment, *le menton est senti au-dessus du bord du détroit supérieur.* L'ouverture de la bouche s'est donc produite au moment de l'engagement. Il est remarquable que ce fait et ses conséquences soient aussi bien indiqués dans une observation dont l'auteur n'avait nullement en vue les idées que nous soutenons aujourd'hui.

Par le fait de la déflexion légère qui se produit, l'extrémité sincipitale du diamètre maximum se trouve relevée ;

mais comme l'extrémité mentonnière est également relevée par le mouvement de la mâchoire, l'obliquité du diamètre reste approximativement semblable à ce qu'elle était primitivement. On peut constater en même temps que ce diamètre maximum M S' se trouve un peu diminué par la position nouvelle du menton ; il n'a plus que 125 millimètres au lieu de 130. On verra, en outre, que l'extrémité sincipitale du diamètre maximum se trouve reportée un peu plus en avant ; tandis que le diamètre maximum, la bouche étant fermée, était représenté par la ligne M S, il se trouve, la bouche étant ouverte, représenté par la ligne M' S'. Les plus grands diamètres de la présentation se trouvant, en somme, réduits, l'engagement se fera avec plus de facilité.

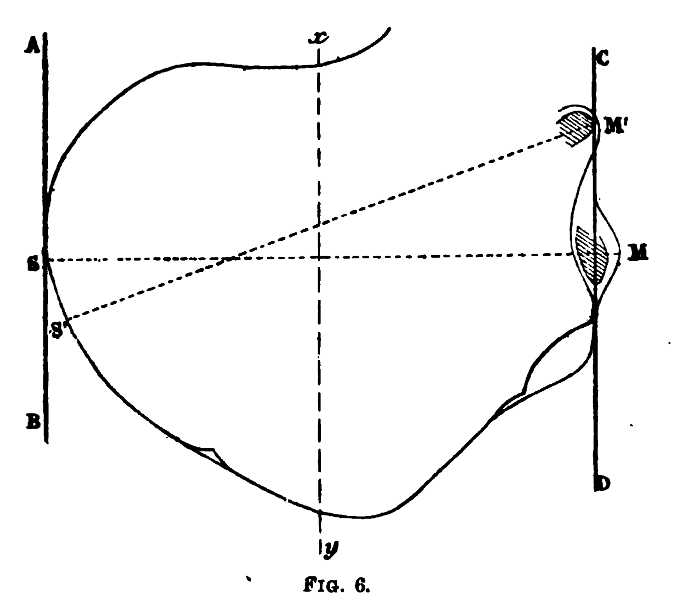


FIG. 6.

La déflexion rendra plus facilement accessible les yeux et le nez ; mais le menton ne sera nullement perçu ; la grande fontanelle, rejetée en une position plus périphérique, sera toujours accessible ; la petite fontanelle sera plus encore en dehors de la portée du doigt explorateur.

L'axe de la présentation sera modifié par la position nouvelle ; tandis qu'il était représenté avant l'ouverture de la bouche par une ligne allant du trou occipital à l'extrémité antérieure de la grande fontanelle (*xy*, fig. 4), il sera représenté maintenant par la ligne (*xy*, fig. 6), allant du sous-occiput en un point situé plus près des bosses frontales que de la fontanelle antérieure. Les plans de la présentation étant perpendiculaires aux axes dont nous venons de parler seront également modifiés légèrement et couperont la tête suivant des circonférences un peu différentes suivant que la bouche sera ouverte ou fermée.

Les phénomènes plastiques seront également modifiés légèrement puisque la tête ne sera pas comprimée tout à fait dans la même direction.

Si nous prenons la tête dessinée par M. Budin immédiatement après un accouchement par le front et si nous ajoutons à ce dessin le tracé de la mâchoire inférieure écartée (fig. 7), nous verrons que les plus grands diamètres de la présentation sont représentés par les distances naso-sincipitale et mento-sous-occipitale. Ces distances sont à peu près égales entre elles et sont inférieures à 11 centimètres. Entre ces deux diamètres s'en trouvent toute une série qui sont à peu près de dimension semblable de telle façon que la partie engagée est représentée par un cylindre étendu entre les deux plans perpendiculaires à l'axe de la présentation et passant l'un par le menton, l'autre par le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur.

Nous pouvons dire dès à présent que le dégagement sera modifié, lui aussi, et qu'il sera facilité. Les diamètres céphaliques qui viendront successivement se mettre en rapport avec le diamètre coccy-pelvien seront en effet représentés par les diamètres bucco-sincipital, bucco-occipital et bucco-sous-occipital, lesquels sont évidemment inférieurs aux diamètres analogues naso-sincipital, naso-occipital et naso-sous-occipital.

La variété de présentation du front avec ouverture de la

bouche se rapproche un peu plus de l'attitude de la tête en présentation de la face, mais diffère d'une manière frappante des présentations du sommet en position occipito-sacrée.

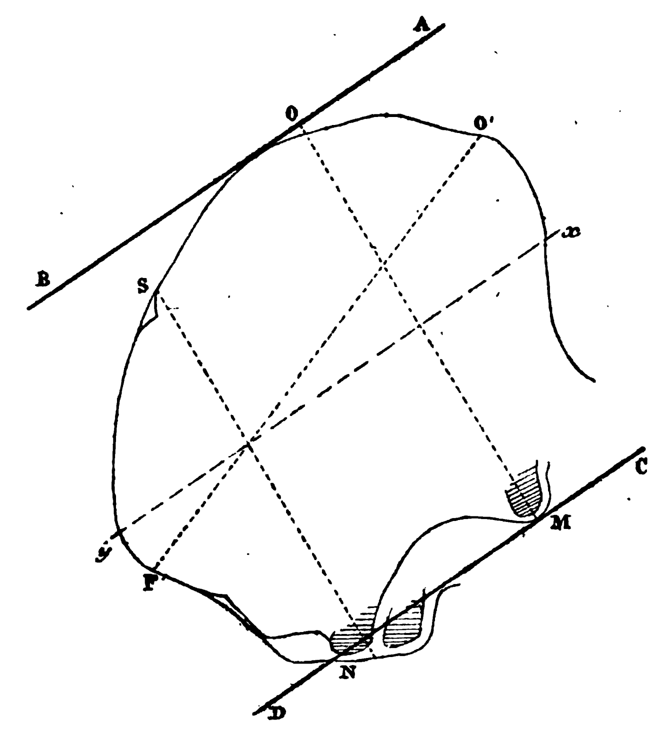


Fig. 7.

Si nous avons insisté aussi longuement sur les modifications apportées aux accouchements en présentation du front par l'ouverture de la bouche, c'est parce que nous pensons que ce phénomène n'est pas rare ; c'est aussi parce que ces modifications rendent compte de quelques-unes des divergences que l'on peut constater dans les observations.

DE LA VENTROFIXATION DE L'UTÉRUS PROLABÉ

Par **Otto Engstrom** (de l'Université d'Helsingfors).

Communication faite à la Société de gynécologie anglaise (10 décembre 1891).

Traduction par le Dr R. Labusquière.

Un utérus prolabé est l'origine de troubles multiples et de grandes souffrances. Aussi, a-t-on, entre temps, proposé et mis en œuvre bon nombre de moyens chirurgicaux ou non chirurgicaux. Dans le but de supprimer ou, tout au moins, de diminuer ces accidents. Mais, le fait est bien connu, les résultats n'ont pas toujours été satisfaisants et on n'a pas obtenu une guérison définitive du déplacement en question.

Parmi les moyens qui, dans ces dernières années, et dans certains cas de prolapsus de l'utérus, ont été employés, il me semble que la fixation du fond de l'utérus à la paroi abdominale antérieure offre certaines garanties pour la guérison définitive du déplacement.

Il est inutile d'entrer dans des explications détaillées. Beaucoup de chirurgiens ont suivi l'exemple de Koeberlé. Cet opérateur avait réussi à guérir d'une façon définitive une rétroflexion de l'utérus compliquée de tumeur ovarique, et cela, en fixant, après ablation de la tumeur, le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie. Or, après lui, ses imitateurs s'appliquèrent. à l'occasion de laparotomies faites pour répondre à d'autres indications, à combattre par des procédés analogues des déplacements concomitants de la matrice.

La question toutefois peut être abandonnée, jusqu'à ce qu'Olshausen (1), au congrès des naturalistes tenu à Berlin

(1) R. Olshausen. Ueber ventrale Operation bei Prolapsus und Retroversio Uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1886, n° 13.

en 1886, la reprit. Il relata, à cette époque, deux cas dans lesquels il avait fait la laparotomie pour traiter exclusivement des déplacements de l'utérus, et suturé à la paroi abdominale dans le premier cas un utérus en rétroversion, dans l'autre un utérus prolabé. Le résultat de l'opération parut tout d'abord être satisfaisant, mais, plus tard, le prolapsus récidiva.

Depuis, ce procédé opératoire jouit d'une vogue réelle, et des observations multiples démontrent qu'il est entré dans la gynécologie moderne. Dans la plupart des cas, cependant, semblable ventrofixation de l'utérus a été pratiquée après des laparotomies faites pour d'autres raisons, et consécutivement à l'extirpation des ovaires ou des trompes.

Parmi les gynécologistes qui ont pratiqué l'hystéropexie, nous citerons : Assaky (1), P. Muller (2), F. Terrier (3), O. Küstner (4), L. Kleinwächter (5). Or, le nombre des opérations faites jusqu'à ce jour n'est pas considérable, et les résultats n'ont pas toujours été satisfaisants.

OBS. I. — ... 48 ans, IIpare, deux accouchements a terme, terminés par la naissance de 2 enfants vivants, le dernier accouchement a eu lieu 14 années auparavant. Six heures seulement après ce second accouchement, la femme quitta le lit, et fit un effort qui fut suivi de la procidence, à travers les parties génitales externes, de la matrice, qui y forma une tumeur du volume environ d'un œuf. A

---

(1) ASSAKY. De l'hystéropexie extra-péritonéale. *Verhandl. d. X. internat. Med. Kongresses.* Berlin, 7-9 août 1890, Bd III, 8 Abth.

(2) A. STRELIN. *Die centrale Fixation als Mittel zur Hebung des Prolapsus uteri.* Dissert. inaug., Bern, 1890.

(3) F. TERRIER. Fixation de la paroi antérieure de l'utérus à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure dans le traitement du prolapsus utérin. *Rev. de chirurg.*, 1889, n° 3.

(4) O. KUSTNER. Die Behandlung komplicirter Retroflexionen und Prolapse besonders durch ventrale operationen.

(5) L. KLEINWACHTER. Zur Frage der Ventrofixatio als Mittel zur Hebung des Prolapsus uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XXI, 237. *Volkmann's Samml. klinisch. Vorträge.* Neue Folge, n° 9.

la suite, douleurs hypogastriques violentes et chute. Il fallut remettre la femme au lit, où elle resta un mois, et fut traitée par applications de sangsues autour de la vulve et par des injections vaginales. On essaya des pessaires, mais on dut y renoncer à cause des souffrances qu'ils provoquaient. Dès que la malade bougeait dans son lit, la matrice sortait ; depuis, prolapsus utérin qui s'accusa de plus en plus, et qui se compliqua de troubles et de difficultés de la miction, de la défécation, et de douleurs abdominales. Le coït devint à la longue impossible, et le prolapsus irréductible (décembre 1884). *Examen* le 9 juin 1885, utérus long de 14 cent. presque totalement prolabé et constituant avec le vagin complètement inversé, un corps en forme de boudin, épais de 9 cent. Par le cathétérisme, la matrice saigne un peu, elle est sensible, et ne peut être aisément réduite. Portion vaginale bleu rouge et assez épaisse. Autour de l'orifice externe, large ulcération, à bords nécrosés, sécrétion sanguino-purulente, fétide. Cystocèle accusée, rectocèle légère. Sensibilité très accusée au niveau de l'hypogastre. Vives douleurs durant les tentatives de réduction.

10 juin 1885. *Réduction*, après évacuation de la vessie et de l'intestin, et dans la position génu-pectorale, de l'utérus prolabé. Pas de réaction inflammatoire.

12 juin. *Curettage et amputation élevée du col*, pas de complications.

20 juin. *Colporrhaphie antérieure et colpo-périnéorrhaphie.* Réunion par première intention. Le 16 août la femme, en apparence, parfaitement guérie, retourne chez elle.

21 juin 1889. La femme se présente de nouveau et raconte que, peu après son arrivée chez elle, un incendie s'étant déclaré dans le voisinage, elle s'était fatiguée et livrée à des efforts assez violents, à l'occasion desquels la matrice était de nouveau descendue à la vulve, et qu'à la suite, elle avait ressenti de fortes douleurs dans le ventre, qu'elle avait eu de nouveau des troubles de la miction et de la défécation, et qu'il lui était impossible de se livrer à un travail quelque peu pénible. *Examen*. L'utérus mesurait 7 cent. était en antéflexion légère, complètement prolabé, et pouvait être facilement réduit, mais il retombait dès que la femme se levait. Col épais. Sécrétion utérine muco-purulente. Inversion complète de la paroi antérieure du vagin, presque totale de la paroi postérieure. Cul-de-sac vaginal postérieur à deux centimètres environ

du plancher périnéal. Orifice vaginal large, périnée épais à peine d'un travers de doigt.

3 août 1889, *ventrofixation de l'utérus :* a) de chaque côté, fine ligature de soie comprenant le ligament rond et une petite portion du tissu utérin, une portion de la couche musculeuse de la paroi abdominale et ressortant à 2 cent. 1/2 environ de la plaie abdominale ; b) à droite et à gauche ligature de catgut, embrassant une mince couche de la face latérale de l'utérus et une portion correspondante de la paroi abdominale. Fermeture et suture de l'abdomen. Pansement avec de la gaze iodoformée et compression légère. Tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée.

Suites opératoires presque apyrétiques. Le 20 août l'opérée quittait le lit. A l'heure actuelle, *deux années après l'opération, d'après les renseignements reçus, le prolapsus n'a pas récidivé.*

Obs. II. —... 50 ans, II pare, le dernier accouchement remonte à 13 années auparavant. 6 mois environ après la naissance du deuxième enfant, le prolapsus commença à s'accuser. Depuis, douleurs de plus en plus fortes dans le ventre et les lombes, qui graduellement finirent par rendre tout travail impossible. Cessation de la menstruation depuis environ deux ans, mais, à la moindre fatigue, hémorrhagie. Cavité utérine, 7 cent. Utérus en antéflexion normale, mais faisant sous la plus petite pression saillie à la vulve. Inversion complète de la paroi vaginale antérieure, et presque complète de la postérieure. Le prolapsus, de la grosseur environ du poing, se reproduit dès que la malade se lève.

Le 27 février 1890, *ventrofixation de l'utérus prolabé.* Trois fines sutures de soie sont passées à travers le tissu du fond de l'utérus, et les extrémités des fils embrassant le péritoine et la musculeuse de l'incision abdominale du même côté, toutes se trouvant dans la partie la plus inférieure de cette incision. Fermeture de la partie supérieure de la plaie abdominale au moyen de sutures profondes, après quoi on noue et sectionne les ligatures qui fixent l'utérus, et l'on complète la suture de la plaie de l'abdomen. Suites opératoires bonnes. Sous l'influence d'un rhume, reproduction d'un certain degré de prolapsus du vagin, bien que l'utérus reste fixé au-dessus du pubis. Le 14 mars, *colporrhaphie antérieure* et *périnéorrhaphie* (méthode de L. Tait). *Deux ans après environ, le fond de l'utérus était toujours au-dessus de la symphyse.*

Obs. III. —... 43 ans, 6 enfants vivants, le dernier accouchement 14 années auparavant. Au 1er accouchement, rupture du périnée, et durant les suites de couches, fort rhume. Deux mois après, à l'occasion d'un effort, saillie du vagin à la vulve et, graduellement, installation d'un prolapsus utérin. On dut à cause des douleurs provoquées, renoncer à l'emploi des pessaires. Les douleurs et les malaises (douleurs hypogastriques, lombaires, troubles de la miction) allèrent en augmentant et finirent par rendre tout travail impossible. *Examen :* Cavité utérine, 10 cent. ; sous l'influence d'une pression exercée à travers la paroi abdominale, la matrice se montre presque entièrement au dehors de l'orifice vaginal. Portion vaginale augmentée de volume, déchirée à droite. Paroi vaginale antérieure totalement inversée, la postérieure presque totalement. Périnée large de 4 centimètres.

Le 30 juin 1891, *ventrofixation de l'utérus prolabé*. Le ventre ouvert, on gratte avec un couteau le péritoine qui recouvre le fond de l'utérus. Puis on passe trois fines sutures de soie, immédiatement au-dessus de la symphyse, sutures qui comprennent d'abord une faible portion de la couche musculaire, le fascia, et le péritoine de la lèvre gauche de la plaie abdominale. puis le tissu utérin sur la partie antérieure du fond de l'organe, et finalement le péritoine, le fascia et une faible portion de la musculeuse de la lèvre droite de la plaie de l'abdomen. La suture supérieure chemine entre les racines des ligaments ronds. La portion supérieure de la plaie est fermée au moyen de sutures profondes à la soie ; on noue ensuite les fils destinés à fixer l'utérus, on les coupe, et, par des sutures superficielles, on coapte bien exactement les bords cutanés de l'incision. Suites opératoires excellentes, réunion par première intention.

Obs. IV. — X..., 47 ans, 8 accouchements à terme et deux fausses couches, le dernier accouchement remontant à 4 années auparavant, la dernière fausse couche à 2 années. Au premier accouchement, rupture du périnée (datant de 19 années), et, à la suite, production graduelle d'un prolapsus qui, à partir du second accouchement, fut le point de départ de malaises constants. Il y a 14 ans, *périnéorrhaphie*, mais après un autre accouchement, prolapsus utérin qui provoqua de grands malaises (douleurs lombaires, envies fréquentes d'uriner, etc.).

Le 10 août 1891, *ventrofixation de l'utérus prolabé*. Le ventre ouvert, fine suture de soie, commençant à la partie inférieure du bord gauche de la plaie abdominale, comprenant d'abord une faible portion de la musculeuse de la paroi abdominale, le fascia, le péritoine, cheminant ensuite dans le tissu utérin, entre l'origine des trompes, puis traversant le péritoine, le fascia, et une faible couche de la musculeuse du bord droit de la plaie abdominale. Deux autres sutures, suivant un trajet parallèle, passèrent, l'une à travers le tissu de la face antérieure, l'autre à travers le tissu de la face postérieure de l'utérus. La fin de l'opération marcha comme dans les cas précédents. L'opérée quittait l'hôpital le 16 octobre 1891.

Les détails énumérés plus haut montrent que la ventrofixation de l'utérus à la paroi abdominale antérieure était pleinement indiquée. En de telles conditions, lorsque la matrice est à peu près totalement prolabée et le vagin inversé, les opérations vaginales usuelles ne peuvent qu'exceptionnellement suffire à guérir le déplacement. Le prolapsus se produit à la moindre pression des muscles abdominaux. On peut, au début, par la colporrhaphie et la périnéorrhaphie rétrécir le vagin, rendre ses parois plus rigides. Mais, ces opérations ne permettent pas une restauration complète du support de la matrice. Les premiers efforts physiques déplaceront l'utérus jusqu'à un certain degré, s'ils ne le chassent pas d'un coup hors de l'orifice vaginal, et les fatigues ultérieures amèneront, plus ou moins tôt, la reproduction du prolapsus.

Il n'existe pas de pessaires qui soient capables de soutenir l'utérus d'une femme, obligée à de durs travaux, quand les supports naturels de l'organe ont été affaiblis, pour ne pas dire détruits. En semblables conditions, le traitement par le massage, suivant la méthode de Brandt, ne peut, non plus, procurer une amélioration notable. Sans doute l'innocuité de ce traitement, si on le compare à la laparo-hystéropexie, militerait fort en faveur de son application. Mais, il ne faut

pas oublier qu'il est long, qu'il exige beaucoup de temps, et qu'il convient surtout aux personnes fortunées, qui, précisément, sont rarement atteintes de prolapsus graves. Quant aux femmes pauvres, obligées par leur condition, de se livrer à un travail plus ou moins dur, il leur est impossible de recourir à un traitement coûteux et long. Il devient rationnel, nécessaire de choisir pour elles un traitement chirurgical, plus dangereux même que celui qu'on peut instituer pour leurs sœurs plus fortunées.

L'extirpation de l'utérus, combinée avec la résection du vagin, a donné dans des cas particulièrement graves des résultats favorables et définitifs. Mais ce procédé opératoire supprime toute vie sexuelle. Il me semble donc qu'il n'est applicable que dans les cas où cette vie sexuelle est terminée ou sur le point de l'être.

Ici, même dans les cas de prolapsus les plus compliqués, le chirurgien doit, comme toujours, viser à la restitutio ad integrum.

En conséquence, le gynécologue doit s'efforcer de fixer l'utérus dans sa situation normale, ou, tout au moins, dans une position favorable. Divers procédés, imaginés dans ce but, ont été proposés par Byford, Péan, Freund, Frommel, etc. De ces procédés, je n'ai aucune expérience personnelle, mais il me semble que la ventro-fixation est une opération moins compliquée et plus facile. Et, s'il m'est permis de tirer des conclusions de ma pratique personnelle, je crois qu'elle suffit dans certains cas à guérir définitivement des prolapsus graves, et à permettre aux opérées de vaquer plus tard à des travaux pénibles.

Les chirurgiens sont encore divisés sur les détails de la technique opératoire. Il est probable, pourtant, que peu d'entre eux préfèrent l'hystéropexie « extra-péritonéale ». Avec ce procédé opératoire, les sutures sont faites pour ainsi dire à l'aveugle, on ne peut gratter le péritoine qui tapisse le fond de l'utérus, etc.

En général, dans l'hystéropexie, on ouvre la cavité abdominale, ce qui permet d'inspecter minutieusement l'excavation, de se rendre un compte exact des conditions pathologiques existantes, et de prendre toutes précautions pour les traiter efficacement. Il existe deux méthodes principales de fixation de l'utérus, en rétroversion ou prolabé, à la paroi abdominale antérieure. Celle préconisée par Olshausen (adoptée par Sänger (1), etc.), dans laquelle chaque corne utérine est fixée à la paroi abdominale par deux ou trois points de suture. La supérieure est passée autour du ligament rond, l'inférieure à travers le feuillet antérieur du ligament large ; tous les points de suture embrassent profondément les muscles de la paroi abdominale, on les noue ensuite séparément.

D'autres passent les fils fixateurs à travers le tissu du corps de l'utérus, soit du fond, soit de la face antérieure de l'organe (Leopold (2), Czerny (3), Terrier).

On a objecté contre le 1er procédé, que les sutures avaient une prise peu fixe en raison de l'extensibilité des ligaments ronds et du ligament large, condition fâcheuse, de nature à favoriser l'incarcération de l'intestin. Contre le second, on a dit que l'utérus était fixé d'une façon trop invariable entre l'incision abdominale. Mais, ces appréciations ne peuvent être, à l'heure actuelle, considérées que comme purement théoriques. L'avenir seul, et probablement dans un temps peu éloigné, permettra de décider quelle est la méthode de fixation la meilleure, sous le double point de vue de la durée du résultat et du pronostic d'une grossesse consécutive.

(1) SAENGER. Ueber operative Behandlung der Retroflexio uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 2.

(2) LEOPOLD. Ueber die Annähnng der retroflectirten aufgerichtelen Gebärmutter an der vorderen Bauchwand. *Volkmann's Samml. klinisch. Vorträge*, n° 333. Leipzig, 1889.

(3) CZERNY. Ueber die Vornähung der rückwärts gelagerten Gebarmutter. *Beitr. zur. klin. Chirurgie.* IV, I. Tubingen, 1888.

La ventrofixation n'est naturellement pas applicable dans les cas où le col de l'utérus est allongé et où, en dépit d'une procidence accusée de la partie inférieure de l'utérus, le fond de l'organe est resté à sa hauteur normale ou seulement un peu au-dessous. Il est évident qu'il n'y a aucune utilité à fixer alors le fond de la matrice au-dessus de la symphyse. Le fixerait-on même plus haut, on n'en serait pas davantage à l'abri d'un prolapsus sous la dépendance d'un allongement continu du col.

Dans les cas ordinaires, il ne suffit pas non plus toujours que le fond de l'utérus soit fixé au-dessus de la symphyse pour supprimer tous les accidents. En effet, quand le vagin est large, relâché, il peut encore, sous l'influence des élévations de la pression abdominale, se produire une inversion de la portion inférieure du vagin. Contre ces complications, la colporrhaphie et la périnéorrhaphie sont indiquées.

En ce qui concerne le résultat secondaire de la ventrofixation, il ressort des travaux publiés qu'il n'est pas toujours satisfaisant. Les raisons des échecs sont multiples. Mais, il est évident que si l'on veut prévenir la récidive du prolapsus, il faut s'efforcer d'obtenir une union intime entre le fond de l'utérus et la paroi abdominale, connexion qui ne peut se produire qu'à la faveur d'une inflammation adhésive. Or, pour provoquer celle-ci, il me paraît nécessaire de détruire la séreuse sur les surfaces destinées à être mises en contact. On y arrive par le grattage avec un bistouri de la séreuse qui tapisse le fond de la matrice, et de la séreuse pariétale quand celle-ci n'a pas été déjà détruite au cours des manipulations déjà faites. J'estime encore qu'il ne faut pas employer pour les sutures des fils trop facilement résorbables, et qu'en particulier les fils de soie méritent la préférence. Les fils de suture ont en outre l'avantage d'entretenir dans le voisinage une irritation légère, qui y produit une vascularisation plus active, favorable à la production rapide des adhérences utiles.

Sans doute, la fixation ainsi effectuée d'un utérus prolabé ne peut être considérée comme réalisant une « *opération idéale* ». Mais, d'une part, le sujet ne paraît en être aucunement incommodé, et, d'autre part, le procédé est relativement bénin. En résumé, l'hystéropexie est susceptible de rendre de réels services dans des cas de prolapsus contre lesquels les autres moyens ont échoué, elle paraît tout au moins supprimer les accidents associés à l'ectopie utérine.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances de janvier-février 1892.

Élythrotomie exploratrice.

M. Segond. — L'observation que nous a communiquée M. Nélaton est particulièrement intéressante, d'abord comme exemple d'occlusion intestinale causée par une rétroversion utérine avec pelvi-péritonite congestive ; ensuite parce qu'elle détruit un des arguments opposés par les laparotomistes aux interventions par la voie vaginale. Moi aussi j'ai eu à intervenir dans un cas analogue chez une femme de 35 ans que je croyais atteinte de rétroversion utérine avec fibrome du fond de l'utérus. Je pus, avec la main introduite dans le rectum, déloger la tumeur et provoquer une débâcle. Plus tard, j'entrepris l'hystérectomie vaginale, et dans cette opération je courus sus à la tumeur qui bombait en arrière ; or, ce n'était pas un fibrome, mais une grossesse extra-utérine développée dans la trompe droite. Comme l'autre trompe était malade, je l'enlevai, et l'utérus avec elle. Mais, en somme, par l'incision postérieure, j'avais fort bien pu y voir.

Ce qu'on reproche surtout à l'intervention vaginale, c'est qu'une fois commencée elle doit se terminer par l'ablation totale de l'utérus et des annexes. Le fait de M. Nélaton prouve qu'il n'en est

rien, et, à ce point de vue, j'ai par devers moi trois erreurs de diagnostic intéressantes. Une fois, je diagnostiquai un fibrome utérin volumineux : je commençai mon incision sur la tumeur, comme c'est de règle, et je trouvai un kyste de l'ovaire ; j'en ai simplement fait l'ablation. Une autre fois, je croyais à une suppuration pelvienne. J'incisai sur une tumeur qui bombait en arrière : c'était une hématocèle que j'ai lavée, drainée, et cette femme peut repeupler la France. Une autre fois, enfin, j'admettais des fibromes, de la variété pelvienne de Pozzi, électrisés sans succès depuis 18 mois ; il y avait, il est vrai, une ascite qui avait nécessité 15 ponctions : c'étaient des tumeurs ovariennes végétantes et je pus tout enlever avec l'utérus, par la voie vaginale.

M. Pozzi se demande si, dans le cas de M. Nélaton, la réduction manuelle de la rétroversion n'eût pas suffi. Mais il reconnaît que l'incision exploratrice était ici parfaitement justifiée et que les phénomènes locaux conduisaient très rationnellement à la voie vaginale. Mais c'est exceptionnel et on ne saurait en conclure que c'est une incision exploratrice commode, recommandable. Non, c'est une incision petite, au fond d'un entonnoir, et aucune comparaison n'est possible avec la laparotomie exploratrice.

M. Reclus accorde que par l'incision abdominale on voit mieux, mais par le vagin on y voit assez bien. Récemment, ayant diagnostiqué une salpingite, il entreprit l'hystérectomie et du cul-de-sac vit sortir un flot de sang : il put explorer fort bien avec le doigt les parois de cette hématocèle, trouva les annexes malades et les enleva. D'autre part, on peut terminer ces opérations sans enlever entièrement utérus et annexes : une fois, au cours d'une opération mal engagée, il fut inquiété par l'hémorrhagie, et il se borna à tamponner les incisions. Les suites furent bonnes et, ce qui est plus curieux, c'est que depuis 4 mois 1/2 les souffrances ont cessé. Il ne donne d'aileurs pas cet exemple comme bon à imiter.

M. Segond. — Je n'ai jamais dit que l'incision vaginale exploratrice fût plus commode que la laparotomie ; j'ai seulement dit que l'élythrotomie pouvait être exploratrice et ne conduisait pas fatalement à l'hystérectomie totale.

M. Pozzi. — Je ne songe pas à prêter à M. Segond une proposition qui en effet est absurbe. Mais pour que l'intervention par la voie vaginale puisse rester exploratrice, il faut que M. Segond modifie le manuel opératoire que lui-même nous a décrit naguère

et qui consistait à circoncire le col, à décoller la vessie, puis à effondrer le cul-de-sac postérieur : à ce moment on ne saurait guère s'arrêter en route.

M. Routier insiste sur ce dernier argument. Il reconnaît que si M. Segond commence par ouvrir le cul-de-sac postérieur, il peut ne pas toujours tout enlever et qu'ainsi s'atténue un des arguments des laparotomistes, parmi lesquels il s'est rangé lors de la première discussion.

M. Lucas-Championnière pense que les erreurs de diagnostic sont « le pain bénit de la chirurgie abdominale » et c'est précisément pour cela qu'il préfère la laparotomie. Il insiste sur les difficultés de ces opérations, quelle que soit la voie choisie : c'est pour beaucoup une affaire d'expérience personnelle.

M. Segond. — Deux mots sont à rayer de cette discussion : toujours et jamais. Et souvent tout cela est loin d'être idéal, par-dessus aussi bien que par-dessous le pubis. J'ai toujours dit que la voie vaginale était difficile. Quant à modifier mon manuel opératoire, je dis qu'il faut obéir aux indications suivant les cas particuliers : quand quelque chose de gros bombe dans le vagin, c'est par là qu'il faut attaquer.

Occlusion intestinale.

M. Kirmisson du fait de M. Nélaton retient surtout l'occlusion et communique à ce propos une observation pour prouver les bons résultats de la médication opiacée. En octobre 1889, entra à l'Hôtel-Dieu une femme de 26 ans, ayant eu en juin son quatrième accouchement, suivi de pelvi-péritonite. Elle entra dans le service de M. Proust pour des accidents d'occlusion et fut passée en chirurgie, le 14 octobre au soir. A cette date, elle rendait encore des gaz par l'anus et dès lors, le lendemain matin, M. Kirmisson ne crut pas la laparotomie indiquée. Il prescrivit l'opium à haute dose et vit cesser les vomissements et les douleurs, tandis que diminuait le météorisme. Mais le 19 octobre — 10e jour des accidents — le météorisme reprit et l'intervention fut décidée. Ici, on avait un diagnostic précis : occlusion par bride de péritonite, siégeant dans la fosse iliaque droite, un peu empâtée. On put aller droit à l'obstacle, le lever et l'opération, terminée avec une grande rapidité, fut suivie d'une prompte guérison.

Occlusion intestinale post-opératoire.

M. Lucas-Championnière communique six cas d'occlusion intestinale post-opératoire. Ces faits sont d'ailleurs fort variables de degré, de nature même: il y a des étranglements vrais et des obstructions simples. Mais en général on est frappé de la nature insidieuse des accidents, même quand l'obstacle est très marqué.

La première observation est celle d'une femme opérée d'ovariotomie en pleine péritonite, et qui alla fort bien pendant 8 jours, puis eut des vomissements, des douleurs, les selles se supprimèrent et 48 heures après l'occlusion était caractérisée. La laparotomie fut pratiquée à la 72e heure, et il fallut disséquer aux ciseaux des anses intestinales englobées dans un tissu fibreux dense et adhérentes à l'épiploon. La guérison se maintient depuis 4 ans 1/2.

Le second cas est celui d'un homme opéré d'une épiplocèle gangréneuse qui ne causait d'ailleurs pas de phénomènes d'étranglement. Il fut attiré au-dehors et réséqué le plus possible d'épiploon. Vers le 8e jour survinrent quelques douleurs, jusqu'au 11e des vomissements qui devinrent fécaloïdes. Par la laparotomie fut observé et ouvert un abcès occupant l'épiploon évidemment mal désinfecté lors de la 1re opération; guérison.

Les deux opérations suivantes concernent un homme qui se présenta avec une hernie inguinale gauche irréductible; il racontait qu'il en avait eu une à droite, guérie depuis quelque temps, mais qu'il ressentait des douleurs de ce côté. On ne sentait rien en cette région à la palpation, et on fit la cure radicale de la hernie gauche. De ce côté tout alla bien, mais les douleurs à droite persistèrent, de l'empâtement y devint manifeste et au 16e jour une incision oblique mit à découvert une anse intestinale pincée dans la profondeur du canal inguinal; en outre, il y avait là un foyer purulent. Pour le bien drainer et désinfecter, une incision médiane fut ajoutée à la première. L'homme partit quelque temps après pour Vincennes; 12 jours après on l'en ramena avec des accidents d'étranglement, pour lesquels fut entreprise une nouvelle laparotomie; des anses agglutinées furent libérées et une selle fut obtenue. Mais les accidents reprirent et 5 jours après, nouvelle incision, pour l'établissement d'un anus contre nature. Il resta une fistule stercorale.

Le cinquième cas est relatif à un vrai fait de compression. Un

homme, opéré de cure radicale pour une épiplocèle, se leva au 8e jour, sans permission ; à partir de ce moment il souffrit, les selles se raréfièrent et 8 jours plus tard il était en état d'occlusion grave, avec une tuméfaction douloureuse dans la fosse iliaque droite ; par une incision fut évacué un volumineux épanchement sanguin et la guérison fut rapide.

Le sixième malade enfin est un homme que M. Delagenière avait opéré de hernie étranglée ; une ligature au catgut avait été mise sur un point sphacélé de l'intestin et l'anse avait été réduite. Les selles se rétablirent mal, les gaz étaient rendus difficilement, et finalement, comme les souffrances persistaient, M. Championnière fit la laparotomie. Il trouva une anse adhérente au péritoine pariétal, circonscrivit cette adhérence et libéra l'anse en détachant la région adhérente de la paroi, sutura cette perte de substance et obtint un excellent résultat.

Enfin, une fois, après une opération de cure radicale, le sujet présenta des accidents dont M. Championnière ne fut pas averti et il mourut en 3 jours, sans avoir été laparotomisé : à l'autopsie, une anse fut trouvée étranglée par une bride.

M. Championnière communique ces observations pour combattre l'opinion de M. Kirmisson sur l'utilité de l'opium et les méfaits des purgatifs dans l'occlusion. Tous les opérés ont été purgés et ne s'en sont pas plus mal trouvés. Pour les occlusions post-opératoires, Lawson Tait a dit que la purgation est le véritable traitement. M. Championnière a coutume après toutes ses laparotomies, toutes ses cures radicales de hernie, de purger le sujet au plus tard le lendemain matin. Il les purge même quand ils vomissent et cela arrête les vomissements. C'est là un moyen de diagnostic pour savoir s'il y a ou non occlusion. En effet, en cas d'occlusion il faut intervenir à temps. A cet égard, l'étude de la température est importante : dès qu'elle commence à baisser, il faut opérer. En outre, il faut faire des incisions très larges, de façon à bien y voir.

M. Kirmisson se borne à répondre que l'argumentation de M. Championnière le vise à tort. Il a parlé des méfaits de la purgation dans l'occlusion spontanée, et il n'a jamais dit un mot des occlusions post-opératoires, ni des indications respectives de l'opium ou de la purgation après les laparotomies et cures radicales de hernies.

M. Félizet s'élève contre la systématisation du purgatif après

les opérations sur le ventre, car la systématisation est la négation de la clinique. L'opinion de M. Championnière est intéressante, sans doute, mais elle est toute personnelle, et M. Félizet ne saurait s'y rallier.

M. Terrillon. — Il y a deux choses dans la communication de M. Championnière : l'occlusion post-opératoire, la purgation post-opératoire.

Pour l'occlusion, je rapporterai deux faits, où cette complication a, il est vrai, été tardive. Dans les deux cas, elle était liée à certaines particularités anatomiques de la lésion contre laquelle avait été dirigée la laparotomie première. Le premier fait date de mars 1889, époque où j'opérai une salpingite qui adhérait à l'appendice iléo-cæcal; je dus mettre une ligature sur le bord de cet appendice; or, 18 mois plus tard, cette dame fut prise d'une occlusion subaiguë, pour laquelle je l'opérai au 8e jour, après échec du traitement médical, et je trouvai qu'une anse d'intestin grêle était engagée entre le détroit supérieur et l'appendice, adhérent par sa pointe à la partie droite de la symphyse pubienne; je réséquai cette fois l'appendice à la base et depuis la guérison ne s'est pas démentie. L'autre cas est relatif à une femme que je débarrassai il y a 2 ans 1/2, d'un fibrome pesant 14 kil. et auquel adhérait l'épiploon, extraordinairement hypertrophié; 9 mois plus tard (après quelques crises vite calmées) éclatèrent des accidents d'occlusion aiguë; au 5e jour j'opérai, je vis des anses d'intestin comprimées dans un gâteau épiploïque adhérent, je dégageai ces adhérences et immédiatement la circulation des matières et des gaz reprit son cours; la malade se porte aujourd'hui très bien.

Quant au purgatif immédiat, je suis un peu moins précoce que M. Championnière, mais il est bien rare que je laisse passer le 2e ou le 3e jour sans l'ordonner; et surtout je le prescris dès que je vois la température monter à 38°, 38°,2; le calomel est le purgatif que je préfère. Je n'ai jamais eu d'accidents dus au purgatif, au lieu qu'au début de ma pratique, j'en ai eu par l'opium.

M. Reynier de même purge vite ses laparotomisés, au plus tard le 3e jour. Après les hernies étranglées, surtout chez les vieillards et pour les hernies ombilicales, on observe assez souvent des parésies intestinales graves, contre lesquelles il a même eu à lutter par le lavement électrique; il ne les observe plus depuis qu'il purge les opérés dès le lendemain.

M. Quénu. — Il importe d'établir une distinction. D'une façon générale, je suis, comme mon maître Terrier, partisan de la purgation rapide, même dès le 2e jour. Mais quand on a opéré pour occlusion, pour hernie étranglée il faut avant tout tenir grand compte de l'état de l'intestin : quand on a réduit un intestin un peu douteux, il faut l'immobiliser le plus possible. De même après l'ablation de salpingites suppurées qui adhéraient au rectum resté très aminci, une purgation trop précoce pourrait déterminer une perforation intestinale mortelle.

M. Routier. — J'ai précisément observé un cas où au 3e jour je purgeai une opérée de salpingite qui allait fort bien ; 2 heures après débuta une péritonite suraiguë, et à l'autopsie je trouvai une petite perforation au niveau d'une anse éraillée pendant l'opération. D'ailleurs, je ne crois pas qu'après les laparotomies les malades meurent de parésie intestinale : dans ces conditions je pense qu'il y a toujours de la péritonite.

M. Berger. — Chez une vieille femme que j'avais opérée de hernie crurale étranglée avec réduction de l'intestin en assez bon état, j'ordonnai au 5e jour un purgatif, la malade se portant bien mais n'allant pas à la selle. Le lendemain matin je la trouvai morte, et l'autopsie me fit voir une petite perforation entourée d'adhérences récentes que le purgatif avait fait rompre.

M. Terrier. — Au début de ma pratique, imitant en cela certains chirurgiens anglais, je cherchai à immobiliser l'intestin par l'opium, et j'ai eu à m'en repentir. J'ai eu des décès par ses prétendues parésies intestinales, sur lesquelles je partage d'ailleurs l'opinion de M. Routier jusqu'au jour où on m'apportera des observations complètes avec stérilité scientifiquement prouvée des exsudats péritonéaux. Je me suis alors rallié à la manière de faire de Lawson Tait et au moindre malaise j'ordonne un purgatif salin, de préférence du citrate de magnésie avec de la glace. Mais il ne faut pas agir à l'aveugle, et j'adopte absolument le critérium donné par M. Quénu ; il faut obéir aux indications, en sachant ce que l'on a fait du côté du tube digestif. Une fois, le purgatif m'a joué un tour terrible ; ma surveillante a purgé sans mon ordre, au 5e jour, une femme allant très bien, opérée de salpingite suppurée, et une perforation rectale causa la mort en 24 heures. Dans les cas de ce genre, il faut donc retarder la purgation autant que possible et c'est ce que j'ai fait tout récemment, administrant au contraire

de l'opium ; et en effet la purgation a déterminé une petite fistule stercorale, actuellement guérie sans autre complication, car ces adhérences solides protégeaient le péritoine.

M. Championnière. — M. Félizet ne veut pas qu'on ait de système, c'est une erreur. Tous les laparotomistes ont un système et font bien. M. Félizet m'objecte de grandes théories de pathologie chirurgicale générale ; cela m'est bien égal. En somme, il n'admet pas la chirurgie abdominale moderne, ce qui m'est encore égal. J'accorde les réserves émises par MM. Quénu, Berger, Terrier, mais je n'avais pas voulu lever ce lièvre dans ma communication ; mon seul but était d'indiquer une règle genérale qui me réussit parfaitement. M. Routier ne croit pas à la parésie intestinale, moi j'y crois.

M. Périer. — L'histoire de la constipation des opérés n'est pas neuve. En 1857 j'étais externe chez Chassaignac qui nous répétait bien souvent : quand un opéré a un frisson il faut songer à trois choses : l'infection purulente, l'érysipèle, la constipation. Et au premier frissou il administrait un purgaiif. Aujourd'hui, la constipation seule reste et j'ai coutume d'insister sur cette cause d'hyperthermie.

M. Villeneuve (de Marseille) a fait une néphrectomie transpéritonéale pour cancer avec mort au 20e jour, sans accidents septiques, par accidents d'occlusion intestinale. Il a différé la laparotomie et s'en repent car il a trouvé une occlusion incomplète du duodénum par des anses intestinales agglutinées qu'il aurait sans doute pu libérer.

Opération césarienne.

M. Ledru (de Clermont-Ferrand) communique un succès de l'opération césarienne, chez une femme de 24 ans, pour rétrécissement rachitique du bassin. L'enfant a été extrait mort. L'opération a été terminée par une castration double, fort laborieuse, il est vrai, pour éviter toute grossesse ultérieure. M. Ledru n'a pas mis de ligature élastique d'attente et cependant l'hémorrhagie a été faible ; il n'a pas accouché l'utérus par la plaie pariétale et a pu bien protéger le péritoine. La suture à étages de la paroi utérine a été terminée, sans résection de la tranche en biseau, par un simple plan de suture de Lembert.

M. Marchand a fait en 1889 une césarienne pour tumeur pel-

vienne adhérente. Il a accouché l'utérus mais n'a pas mis de ligature élastique. L'enfant vécut ; en 1891, la mère vivait encore. La seule complication fut une diarrhée due sans doute à un léger degré d'intoxication par le sublimé..

M. BOUILLY. — On est aujourd'hui d'accord sur les indications respectives du Porro et de la césarienne. Le premier convient aux cas où on intervient après le début du travail sur un utérus déjà infecté ; la seconde aux opérations faites au moment de choix sur un utérus aseptique. Pour éviter la grossesse ultérieure, il suffit, ce qui est bien plus simple que la castration, de couper la trompe entre deux ligatures.

Hystérectomie pour cancer.

M. MARCHAND communique 15 hystérectomies vaginales totales pour cancer qu'il a pratiquées depuis 1889, avec 2 décès seulement. Ce n'est donc pas plus grave que les amputations du col. Mais la récidive est à peu près constante et rapide, et elle n'est pas moins pénible pour la malade que le cancer livré à lui-même. D'où M. Marchand conclut que pour les petits cancers limités il faut s'adresser à l'amputation partielle, moins mutilante et quelquefois même capable de permettre la grossesse.

A. BROCA.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GINÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 18 *février* 1892.

Présentations. — GUÉNIOT. **Deux femmes opérées et guéries par la césarienne.** — 1) Femme à bassin ostéomalacique, opérée à terme. Actuellement, 3 mois après l'opération, la femme est guérie de l'affection ostéomalacique, sans avoir subi aucune mutilation spécialement dans ce but ; 2) femme opérée parce qu'il existait une affection carcinomateuse avancée du col de l'utérus. Enfants vivants dans les deux cas.

Discussion. — PAJOT tout en félicitant son collègue pour ses 2 succès, est certain cependant qu'ils seront l'origine de bon nombre de revers. Il a connaissance de plusieurs opérations césariennes, terminées par la mort, et non encore publiées. D'une manière géné-

rale, il condamne surtout l'opération césarienne faite sur la demande de la femme, qui n'a aucune idée de la gravité de l'opération césarienne.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE espère que M. Guéniot fera une communication plus complète de ces deux faits, à l'occasion de laquelle on pourra discuter les procédés opératoires. D'autre part, il ne partage pas, en raison du nombre des faits heureux publiés, l'horreur de Pajot pour la césarienne, horreur explicable seulement par le souvenir des résultats si malheureux de jadis.

DOLÉRIS. **Avortement provoqué rapide ou brusqué, par le curettage pour affection cardiaque grave.** — Le fait concerne une jeune femme, atteinte depuis l'enfance d'une affection cardiaque, aortique, grave, et à laquelle, en raison de cette lésion, on avait conseillé d'éviter soigneusement toute grossesse, sous peine des accidents les plus sérieux. Or, cette jeune femme étant devenue enceinte, l'affection cardiaque, dès les premiers moments, prit une allure inquiétante : anhélation continuelle, hypertrophie rapide et déplacement marqué du cœur, syncopes à chaque vomissement, insomnie, impossibilité absolue d'alimentation, etc., au bout de 2 mois, cachexie réelle. En présence de cet état inquiétant, l'auteur pensa qu'il y avait urgence absolue à interrompre la grossesse, et, à cause de l'anémie profonde, à adopter un mode d'intervention qui mît le plus possible à l'abri de toute hémorrhagie.

En conséquence, *au lieu de provoquer l'avortement, il l'effectua* : dilatation progressive avec la laminaire et curettage de la matrice gravide. En moins de 36 heures, la grossesse était interrompue. Suites excellentes.

Discussion. GUÉNIOT, L. CHAMPIONNIÈRE, PAJOT, DUMONTPALLIER citent un certain nombre d'observations qui tendraient à établir que l'association des affections cardiaques et de la grossesse ne comporte pas un pronostic aussi sombre qu'on l'admettait jadis. M. Guéniot cite, en particulier, 3 observations de femmes qui, bien qu'atteintes de lésion organique du cœur, menèrent à terme plusieurs grossesses, sans que l'affection cardiaque ait été notablement aggravée par la gestation. LOVIOT fait remarquer que, si le procédé opératoire adopté par Doléris est applicable à 2 mois de grossesse, il paraît devoir beaucoup convenir pour les cas où le

placenta est déjà assez développé, et devoir céder le pas aux procédés usuels. L. Championnière, tout en constatant le plein succès obtenu, ne croit pas non plus que ce procédé ait un grand avantage sur ceux qui sont de pratique courante. PORAK, dont on connaît la thèse sur l'influence réciproque des maladies du cœur et de la grossesse, a été conduit à penser, par l'examen attentif des faits, que toute l'importance pronostique des lésions valvulaires réside dans l'état du myocarde.

LABUSQUIÈRE. **Rapport sur une communication faite au nom du Dr Brucy** (de Gien) : **monstre monomphalien xiphopage ; expulsion spontanée. Considérations au point de vue anatomique, obstétrical et chirurgical.** — L'observation est relative à cet exemple, intéressant à cause de sa grande rareté, de monstre double, appartenant à la famille des monomphaliens et à la variété des xiphopages, monstre qui fut présenté à la Société par M. Charpentier, dans la séance de novembre. Ce monstre, constitué par la réunion de deux jumeaux mâles, mort-nés, parfaitement à terme et régulièrement conformés, rappelant le cas si connu des frères Siamois, avait été expulsé par une femme primipare, spontanément, après un travail assez laborieux. Les deux corps se présentaient par le siège, et le premier médecin appelé avait constaté, à son arrivée, qu'un des enfants avait tout le bassin hors de la vulve, avec le dos en avant. Ayant soulevé ce premier enfant, il avait vu que le second enfant, dont le pied gauche, la fesse gauche et les organes génitaux étaient déjà hors de la vulve, se trouvait en position sacro-sacrée, conditions, d'après la majorité des auteurs, relativement favorables. Quelques heures après, l'accouchement se terminait spontanément, au cours d'un voyage en voiture à la recherche d'un lieu d'asile d'assistance. Or, les deux enfants étaient à terme, et après huit jours de macération dans l'alcool, leur poids total, cordon et placenta compris, s'élevait à 5 kil. 220 gr. Les deux jumeaux sont unis par la base de l'apophyse xiphoïde, apophyse qui existe chez chacun d'eux, par une sorte de pont constitué par du tissu hépatique qui réunit les deux foies; de plus, détail important, les vaisseaux ne sont pas communs.

M. le Dr Brucy s'est demandé comment une masse aussi volumineuse avait pu être expulsée spontanément sans lésion des organes génitaux, *comment surtout les deux têtes avaient pu fran-*

chir les obstacles naturels? Or, il donne, croyons-nous, la véritable explication de ce fait, en établissant, ainsi qu'on l'a établi pour d'autres cas antérieurs, que les extrémités céphaliques ont dû franchir l'une après l'autre la filière pelvi-génitale. « Ayant trouvé les deux fœtus entre les jambes de la femme, je remarquai, écrit-il, que la tête du fœtus droit, c'est-à-dire celui situé auprès de la cuisse droite de la femme, était fléchie et occupait l'espace situé entre le menton et la partie supérieure du sternum du fœtus gauche. La face de celui-ci, le front et le nez surtout, étaient fortement aplaties. Le fœtus droit s'est donc dégagé le premier, franchissant les obstacles en glissant sur le fœtus gauche... »

Étudiant, à l'occasion de ce fait, la meilleure conduite à suivre, en semblable occasion, encouragé d'ailleurs par le résultat observé, M. le Dr Brucy formule la conclusion suivante, sur laquelle il désire avoir l'avis de la Société : « *Je conclus en disant que chez une femme normalement constituée l'intervention n'a pas de raison d'être.* »

N'ayant aucune expérience personnelle de ces sortes de faits, j'ai interrogé les divers traités que j'avais sous la main, et j'ai constaté : que les auteurs s'accordent à conseiller l'expectation, que le plus souvent les forces naturelles suffisent à terminer l'accouchement, que cependant il n'en est pas toujours ainsi, qu'en certains cas, par conséquent, l'expectation a une limite, et qu'on doit s'en départir résolument, *dès que la santé ou la vie de la mère sont en danger*. Quant au procedé d'intervention, les particularités propres à chaque cas ne permettent pas d'en formuler un qui convienne à tous; le plus souvent il faudra pratiquer l'un des modes de mutilation du fœtus. Nous pensons donc qu'il y a lieu de modifier la formule du Dr Brucy de la façon suivante : « Chez une femme normalement constituée, l'intervention n'a pas de raison d'être, *tant que la santé ou la vie de la mère ne sont pas en danger* ».

En raison de l'étendue relativement peu considérable des moyens d'union des deux fœtus et de l'indépendance des vaisseaux, M. le Dr Brucy, tout en faisant des réserves sur les contre-indications fournies peut-être par l'âge, se demande si le chirurgien, fort de la sécurité fournie dans les laparotomies par l'observation rigoureuse des précautions antiseptiques et par les progrès réalisés dans les méthodes d'hémostase, ne serait pas autorisé à tenter de libérer les attaches des deux fœtus et de leur assurer une vie indépen-

dante. C'est là, croyons-nous, une tentative fort séduisante. Étant donné, malgré quelques exemples aussi fameux que rares de longévité relative, l'avenir si incertain de ces monstres, il nous semble, quel que fût le résultat d'une semblable intervention, qu'il y aurait fort peu de médecins pour la condamner.

CLOPATOFSKY. **Observation de placenta prævia, compliqué d'adhérence anormale par dégénérescence calcaire.** — Femme IIpare, prise d'une hémorrhagie brusque à 7 mois de grossesse. Expulsion d'un enfant, qui vécut seulement 5 heures. Délivrance laborieuse. Le placenta était complet ainsi que les membranes qui étaient déchirées à 5 centim. de son bord. Entre ce bord et le centre du gâteau placentaire, il existait une plaque blanchâtre, plus blanche au centre, dure, pierreuse, résultat d'une dégénérescence calcaire, qui, d'après l'auteur, était le produit avancé de l'inflammation de l'endométrium. Nouvelle grossesse un an et demi après au cours de laquelle la femme fut soumise à un traitement bromo-ioduré. Cette grossesse se termina par un accouchement à terme et une délivrance normale, terminaison heureuse attribuable, peut-être, au traitement institué. En terminant, l'auteur signale l'analogie qui existe entre cette dégénérescence calcaire et la production d'ostéophytes sous la voûte du crâne pendant la gestation.

Discussion. — DOLÉRIS pense qu'il s'agit non de *dégénérescence* mais de *dyalise* calcaire. La constitution doit jouer un rôle important dans ces phénomènes, qui sont peut-être à rapprocher des dépôts uratiques chez les goutteux. R. L.

REVUE ANALYTIQUE

I. — THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Remarques sur le traitement des tumeurs utérines par l'électricité; son effet sur les petites tumeurs. (Remarks on the treatment of uterine tumours by electricity: its effect on small tumours). THOMAS KEITH. *Brit. med. Journ.* Lond., 1891, p. 337.

Nouvel article enthousiaste et plaidoyer chaleureux en faveur de la méthode d'Apostoli.

L'auteur apporte sept observations de petites tumeurs fibreuses dont plusieurs donnaient lieu à de très graves accidents d'hémorrhagie. Toutes les malades ont été guéries, et chez cinq d'entre elles non seulement les symptômes douloureux et les hémorrhagies ont cessé, mais encore la tumeur a entièrement disparu. En présence de tels résultats, ajoutés à ceux qu'il a déjà vus, il peut encore y avoir place pour l'hystérectomie, mais l'extirpation des ovaires doit être bannie, ou à peu près.

L'auteur résume d'ailleurs ainsi ses conclusions :

L'électricité ne doit pas être essayée dans les tumeurs fibro-cystiques;

Dans les cas d'hydrorrhée considérable, elle ne semble pas donner de guérisons radicales;

Les meilleurs résultats s'obtiennent dans les petites tumeurs hémorrhagiques;

Dans les tumeurs anciennes, volumineuses, le traitement est plus long;

Presque toujours ce traitement enlève la douleur;

Presque toujours il amène une diminution de la tumeur, — parfois rapidement;

Presque toujours il arrête les hémorrhagies, — parfois rapidement;

Presque toujours les résultats sont permanents et la tumeur si elle ne diminue pas, cesse de s'accroître. La santé générale est très améliorée.

Par *presque toujours* Th. Keith entend dire dix-neuf fois sur vingt.

R. Faure.

Quelques observations sur l'électrothéraphie en gynécologie; remarques sur le traitement de la dysménorrhée mécanique et des obstacles à la conception par le cathétérisme. (Einige Beobachtungen über die Elektrotherapie in der Gynäkologie nebst Bemerkung über die Behandlung der behinderten Menstruation in connection mittels Sondirung), Nagel. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXVIII, Hft 1, p. 81.

Les expériences et les recherches sur lesquelles reposent cet important travail ont été faites à la policlinique du professeur Gusserow, durant une année. C'est avant tout une étude de con-

trôle, d'appréciation de la valeur réelle du traitement électrique en gynécologie ; l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1) *Pelvi-péritonites :* Il est, en beaucoup de cas, possible de réprimer, au moyen du courant constant, des états inflammatoires chroniques du petit bassin, à condition pourtant que leur début ne soit pas trop ancien. On peut également combattre une tuméfaction inflammatoire de l'ovaire et de la trompe (en tant que phénomène concomitant d'une pelvi-péritonite), mais, lorsque le processus inflammatoire est ancien, lorsqu'il a produit des altérations anatomiques des organes, c'est à peine si l'on peut espérer tirer quelque bénéfice du traitement électrique. Toutefois, il peut amener la résorption d'exsudats intra-péritonéaux, quand ces exsudats sont petits et récents. Dans les cas de *déviations utérines,* le traitement doit être dirigé contre les phénomènes inflammatoires concomitants ; aussi, les propositions émises au sujet de la pelvi-péritonite trouvent-elles, ici, également leur place. Dans la plupart des cas de pelvi-péritonite chronique, le courant constant procure une amélioration, bien que souvent passagère, des douleurs, et agit, par elle, favorablement sur l'état général.

2) *Dysménorrhée mécanique.* — Nägel est d'avis qu'il ne faut employer, dans ces cas, le traitement électrique qu'avec circonspection, par la raison qu'on ne peut empêcher l'action caustique du courant. Mieux vaut, en général, recourir au cathétérisme du col, dont les avantages ont été démontrés par les résultats très satisfaisants consignés sur un total de 25 observations. Dans quelques cas, la conception eut lieu peu après le traitement ; dans un seul le cathétérisme resta sans résultat, il s'agissait de douleurs dysménorrhéiques utérines.

3) *Myômes utérins.* — Il ne faut pas voir dans le traitement électrique, dirigé contre les myômes utérins, plus qu'un traitement symptomatique. Le courant constant peut supprimer un phénomène, souvent concomitant, les douleurs, quand elles sont le fait d'une péritonite circonscrite. Pour obtenir ce résultat, il ne paraît pas toujours nécessaire à l'auteur, d'appliquer l'électrode dans la cavité utérine. L'influence favorable exercée sur la péritonite chronique est souvent suivie d'une plus grande mobilité de la tumeur et d'une diminution de la distension de la paroi abdominale.

En beaucoup de cas, l'usage du courant constant permet de restreindre l'hémorrhagie. Mais on n'est en droit d'espérer un résultat

définitif que lorsqu'il est possible de traiter la muqueuse utérine sur toute son étendue.

Sous l'influence de la suppression des douleurs, de la diminution des hémorrhagies, aussi bien que sous celle de l'action exercée sur l'activité intestinale, l'état général des malades s'améliore. Mais, Nägel *n'a jamais observé une diminution de la tumeur*, possible toutefois, jusqu'à un certain degré.

Somme toute, l'auteur pense qu'on peut, en certains cas, retirer une action relativement curative du traitement électrique. Que, toutefois, les résultats qu'il fournit ne sont pas, pris dans l'ensemble, supérieurs à ceux qu'on obtient à l'aide des autres méthodes thérapeutiques connues, surtout si l'on applique celles-ci avec la même persévérance que l'on met dans le premier. Vis-à vis de ces méthodes, le traitement électrique a en outre le désavantage d'être beaucoup plus compliqué, plus coûteux. Mais ces inconvénients seraient de médiocre importance, si les résultats obtenus étaient suffisamment durables ; la décision de ce point exige de nouvelles observations.

R. L.

Contribution à l'étude de l'action du courant galvanique sur les fibromes utérins. (Beitrag zur Wirkung des galvanischen Stromes auf die Fibromyome der Gebarmütter), J. Backer. *Cent. f. Ginäk.*, 1891, nº 28, p. 586.

L'histoire des myômes utérins, soumis au traitement électrique, met principalement en relief ce fait que les tumeurs interstitielles se transforment assez fréquemment en tumeurs sous-muqueuses, qui, par la continuation du traitement, sont ensuite expulsées. Il serait intéressant de déterminer dans quel rapport de fréquence cette évolution heureuse s'accomplit suivant qu'on applique la méthode d'Apostoli ou les autres. Cette détermination est difficile. Mais, à juger d'après les cas publiés par certains auteurs (Delétang, La Torre) et, malgré l'opinion absolument opposée de Secheyron, il semble que l'observation attentive des faits démontre une relation étiologique réelle entre l'emploi du courant galvanique et ces modifications des fibromes utérins. Après avoir résumé plusieurs observations déjà publiées, l'auteur en relate une qui lui est personnelle.

Obs. — X..., 42 ans, réglée à 12 ans, menstruation toutes les

4 semaines, durant 3-4 jours, multipare. Depuis 2 années, règles plus abondantes durant 4-8 jours, et dans l'intervalle des règles, hémorrhagies durant de 1-2 jours. Augmentation du volume du ventre; un peu plus tard hémorrhagies presque continuelles, et affaiblissement extrême; diagnostic : fibro-myôme utérin, interstitiel très vraisemblablement. Tumeur proéminant dans le vagin, et s'élevant 1 cent. 1/2 au-dessus du nombril. Traitement par le courant galvanique, avec une intensité de 50 — 140 milliampères, suivant la tolérance que présenta la malade aux différentes périodes du traitement. Sous l'influence de ce traitement, les hémorrhagies cessèrent pour ainsi dire d'un coup, l'écoulement de sang ne se montra plus qu'aux époques menstruelles, et encore en petite abondance. L'état général se releva rapidement, et la malade n'accusa plus ni écoulements, ni douleurs. Pourtant, au bout d'un mois survint un écoulement muqueux, qui peu à peu devint plus abondant, plus séreux et qui conserva ce caractère pendant le second mois. Au 3e mois, il était purulent. Simultanément, la tumeur diminua de moitié et cette diminution coïncida avec l'expulsion répétée de fragments de tissu, plus ou moins gros (jusqu'à la grosseur d'une aveline). A la fin du 3e mois, les phénomènes ayant cessé, l'état cachectique s'amenda rapidement et fit place à un état de bien-être général excellent et qui ne s'est pas démenti depuis 4 mois. Examen des fragments : tissu compacte, fasciculé, paraissant provenir, d'après l'aspect microscopique, d'un tissu réticulé composé de faisceaux de tissu connectif et de faisceaux de cellules musculaires lisses. Les tractus connectifs sont larges, immédiatement accolés les uns aux autres, et ne présentent entre eux que quelques très rares cellules ; les faisceaux de cellules musculaires lisses sont en assez grande quantité, et envahis sur bon nombre de points par des corpuscules calcaires. Les noyaux cellulaires ne prennent aucune coloration, ce qui semble indiquer qu'on se trouve en présence d'un tissu frappé de nécrose. Sur les coupes, provenant des couches superficielles, on constate des germes de la putréfaction et une infiltration de petites cellules. Ces éléments paraissent d'ailleurs manquer dans les autres régions. Diagnostic rétrospectif : *fibrome pétrifié, avec nécrose consécutive.*

A quoi attribuer le processus de nécrose? Cohnheim admet que la nécrose d'une tumeur peut relever d'une des causes suivantes : 1) obstacles à la circulation ; 2) atteinte portée à l'activité fonction-

nelle des cellules ; 3) oscillations considérables de la température.

Il est généralement admis que le courant constant exerce aussi une action thermique, fait qu'on s'explique aisément, puisqu'on sait qu'il détermine une décomposition chimique, laquelle s'accompagne nécessairement d'un développement de chaleur. Mais, ici, la différence thermique ne peut-être assez marquée pour suffire à expliquer la nécrose observée.

D'autre part, tous les auteurs qui ont étudié le mode d'action du courant électrique, l'ont considéré comme double : action électrolytique et action polaire, phénomènes qui, au fond, sont de même nature. C'est un fait bien connu que le courant, dirigé à travers des liquides, y développe un processus chimique de décomposition, et réduit les solutions à l'état de combinaisons en leurs éléments simples qui, une fois transportés au pôle, y exercent l'action polaire (galvano-caustique chimique). Certains auteurs (Bigelow, Ford) admettent aussi que le courant électrique, dans son trajet à travers la tumeur, coagule les éléments albuminoïdes du tissu, décompose en leurs éléments simples les substances composées, et favorise ensuite la résorption de ces éléments. On pourrait, sur cette opinion, classer la dégénérescence ou nécrose des myômes dans le second groupe de Cohnheim. Malheuseusement, il resterait trop de faits qui échapperaient à cette explication. Si le courant galvanique est vraiment capable de décomposer chimiquement les albuminoïdes des tissus dans 1/3 des cas, pourquoi n'agirait-il pas de la même façon dans les autres ? D'ailleurs, les faits observés montrent quel rôle considérable joue le hasard dans l'action du courant galvanique.

Presque tous les auteurs constatent un résultat favorable en ce qui concerne les symptômes. Mais, tandis que certains mentionnent que, dans presque tous les cas, la tumeur n'a pas été modifiée, d'autres signalent que dans la moitié, le tiers, ou même dans un moins grand nombre de cas, ils ont observé une diminution de volume, plusieurs enfin (Apostoli, etc.), que la tumeur devient souvent sous-muqueuse.

Or, ces effets si différents, démontrent que l'action du courant galvanique est subordonnée à l'intervention de circonstances multiples, ce qui ne permet pas d'accepter, pour expliquer la nécrose, la pathogénie correspondante au 2e groupe de Cohnheim. Reste celle qui correspond au 1er (obstacle à la circulation), et qu'adopte

l'auteur. Il attribue l'action exercée sur les myômes par le courant galvanique à l'influence polaire, thrombosique, du courant.

R. L.

Un cas de tumeur du petit bassin traitée par la galvano-puncture ; guérison. (A case of pelvic tumour treated by galvano-puncture ; cured), par J. Inglis Parsons. *British med. Journ.*, 13 avril 1889, p. 824.

Malade de 44 ans, mariée, portant entre la vessie et l'utérus une tumeur du volume d'une tête de fœtus, dépassant le pubis, refoulant la paroi antérieure du vagin, mais libre de toute connexion avec l'utérus. Dans l'espace de deux mois et demi la malade fut soumise à 28 séances d'électro-puncture : deux aiguilles de platine reliées au pôle positif étaient enfoncées dans la tumeur à travers la paroi antérieure du vagin ; une large électrode placée sur l'abdomen communiquait avec le pôle négatif. La durée de chaque séance était de 20 ou 30 minutes et l'intensité du courant variait de 100 à 150 milliampères ; à la suite, pansement vaginal antiseptique. Un an après, la tumeur avait diminué des 2/3 et les signes fonctionnels avaient disparu.

L'auteur insiste sur la nécessité d'isoler le corps de l'aiguille et de ne laisser libre que l'extrémité qui sera enfoncée dans la tumeur ; la portion de muqueuse vaginale en contact avec l'aiguille ne sera pas détruite ; l'occlusion sera très rapide et les chances d'infection diminuées.

P. N.

Notes sur la clinique d'Apostoli. (On Apostoli's Clinic), par le Dr Alin Hall. *Am. Journ. of Obst.*, 1889, décembre, p. 1254.

La méthode d'Apostoli ne paraît pas avoir un grand succès auprès des Anglais et des Américains, néanmoins Sugelmann, Martin, Lapthorn, Smith, Keith et Spencer Wells font d'honorables exceptions, sans doute parce qu'ils savent se servir de l'électricité, et observent tous les détails nécessaires au succès.

« On ne peut douter qu'Apostoli obtient des effets remarquables et « durables, grâce à l'attention qu'il donne aux détails de son anti- « sepsie rigoureuse, et au soin qu'il met à adapter la force du cou- « rant à la force de la malade et aux particularités du cas. Il semble « que l'électricité peut tout faire, on est enthousiasmé..... puis on

« arrive à conclure que ce n'est pas l'électricité seule qui fait ces « merveilles, c'est l'électricité appliquée par une intelligence « patiente et attentive. Les fibromes diminuent, et parfois disparaissent; les exsudats pelviens se résorbent, mais cet agent ne « fait pas grand bien au prolapsus, aux vaisseaux et aux flexions. »

L'auteur cite deux cas qui n'ont rien de caractéristique. La méthode étant connue en France, je ne crois pas devoir entrer dans les détails techniques. A. C.

Traitement de la blennorrhagie de la femme par les courants continus. (Die Behandlung des frisches Trippers beim Weibe mit dem constanten Strom), par L. Prochownick. *Münch. med. Woch.*, 8 juillet 1890, nº 27, 467.

L'auteur a soumis quatre femmes aux courants continus (j. à 120 milliampères, séances de 8 à 10 minutes) pour les traiter d'une blennorrhagie aiguë, principalement utérine et il a constaté d'excellents effets qu'explique bien l'action microbicide des courants continus. A. Broca.

Le massage en gynécologie. (Manual Treatment in Gynecology), par le Dr H. J. Boldt. *Am. J. of Obst.*, juin 1889, p. 579.

Boldt commence par citer les auteurs qui ont traité cette question. Profanter et Schultze, Resch, Seiffert, Schauta, Van Preuschen, Theilhaber, Lindblorn, etc.

Les *indications* sont: La péri- et la paramétrite chronique et subaiguë. Toute inflammation non aiguë de l'utérus. L'oophorite chronique et subaiguë. La salpingite catarrhale.

Tous les déplacements utérins, avec ou sans adhérences. La rectocèle et la cystocèle.

Les hémorrhagies utérines ne dépendant pas des néoplasmes ou de la grossesse.

L'incontinence de l'urine due à un relâchement du sphincter vésical.

L'hématocèle. Le rein flottant. Le prolapsus du rectum.

Contre-indications : Tout processus inflammatoire, sauf ceux qui peuvent survenir pendant le traitement.

La dilatation des trompes, sauf, d'après Brandt et Nissen, celle qui coïncide avec une assez grande largeur de l'orifice tubo-utérin.

Tout état faisant soupçonner la suppuration.

A. CORDES.

Arendt, traitement des maladies des femmes par le massage. (Die Behandlung der Frauenkrankenheiten nach Thure-Brandt). *Berl. klin. Woch.*, 1890, nos 1, 2, et 3. p. 11, 31 et 57 ; discussion, p. 36.

Long mémoire destiné à l'exposé minutieux de la méthode qu'Arendt a été apprendre près de Thure-Brandt lui-même.

A. B.

Du massage contre les rétroflexions fixes. (Zur Massage bei fixirten Retroflexionen). S. STOCKER. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 2, p. 25.

Les indications sont à peu près les mêmes que celles posées par Schultze (1). L'auteur, d'ailleurs, combine aussi le massage avec l'emploi des pessaires. Un point spécial de sa pratique, c'est qu'il opère, systématiquement, le redressement de l'utérus rétro-dévié, à l'aide d'une longue pince (modèle de Frankenaüser), entourée d'ouate à son extrémité, celle-ci étant imbibée de glycérine phéniquée à 5 0/0. Ce procédé a plusieurs avantages : le revêtement d'ouate prévient les lésions traumatiques de la muqueuse utérine, la glycérine phéniquée désinfecte le canal cervical et tue les germes qui, éventuellement, se déposent sur l'instrument. Quant au massage, il est pratiqué sur la sonde.

R. L.

De l'abaissement artificiel de l'utérus. (Artificial prolapse of the uterus, its dangers) par H. COE. *Med. Rec.*, New-York, 9 août 1890, t. XXXVIII, p. 141.

Le gynécologiste a recours à l'abaissement artificiel de l'utérus dans deux cas :

1° Pour permettre de faire un diagnostic ;

2° Pour rendre le champ opératoire plus facilement accessible au cours d'une intervention chirurgicale.

Cinq observations où ces manœuvres ont été suivies d'accidents inflammatoires, montrent qu'il ne faut pas en abuser, surtout lorsqu'il s'agit simplement de faire un diagnostic.

H. H.

Le traitement local des femmes non mariées. (Remarks of the

(1) *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1892, p. 110.



local treatment of the unmaried), par GEHRUNG. M. D., de St-Louis. *Am. J. of Obst.*, 1889, p. 927.

Le traitement doit être le même que chez la femme mariée, les maladies des filles étant, à peu de chose près, les mêmes que celles de la femme mariée.

L'auteur a remarqué que la malade et son entourage sont reconnaissants au médecin qui propose l'examen et le traitement locaux. (Gehrung étant connu comme spécialiste, on ne lui amène sans doute que les filles décidées à subir l'examen.)

Le spéculum est d'un petit volume. Son embouchure, lorsqu'il est ouvert, a 7 centim. de circonférence. Gehrung applique les pessaires, lorsque cela est nécessaire, et leur introduction n'est pas fort difficile. A. C.

Résultats obtenus dernièrement par l'électricité en gynécologie. (My recent experience with electricity in Gynecology), par P. F. MUNDE, de New-York. *Am. J. of Obst.*, 1890, juin, p. 561.

L'auteur emploie l'électrisation depuis 15 ans au moins, et s'en sert de plus en plus ; il a déjà publié, en 1885 sur ce sujet, dans l'*Amer. Journ. of Obst.*, t. XVIII, p. 1263, un mémoire très connu. A cette époque, il n'avait pas vu la clinique d'Apostoli, qu'il a visitée en 1886.

Dans le même journal (t. XIX, p. 920), Munde a raconté cette visite. Tout en considérant Apostoli comme parfaitement sincère, il le regardait comme fort enthousiaste.

Pour Munde, la faradisation est utile : dans les cas d'utérus et d'ovaires incomplètement développés, l'aménorrhée, la subinvolution utérine et la ménorrhagie, et dans les fibromes sous-muqueux de l'utérus.

La galvanisation réussit dans : l'hyperplasie utérine, l'oophorite chronique et la pachysalpingite, la pelvi-cellulite et la péritonite pelvienne, la névralgie pelvienne locale et réflexe, la dysménorrhée névralgique par obstruction, et les fibromes utérins.

L'auteur cite 8 cas.

Le cas I est un fibrome interstitiel, dans lequel l'aiguille galvanique a nécrosé les tissus ; Munde fut obligé de faire un nettoyage avec la curette. Un an après la tumeur avait disparu.

Cas II. Ménorrhagie ; insuccès de tous les traitements, succès de la galvano-ponction.

Cas III. Myôme. Ponction galvanique. Au bout de 8 mois la tumeur avait disparu. La malade n'est restée que 2 mois à l'hôpital.

Cas IV. Fibrome. 250 milliampères; traitement suspendu. Malgré cette interruption la tumeur avait disparu 8 mois plus tard.

Cas V. Périoophorite; grossesse, avortement provoqué. Galvano-ponction, 250 milliampères. Le traitement, fatiguant la malade, dut être interrompu et n'eut aucun effet utile sur la maladie.

Cas VI. Effet nul après 2 mois de traitement.

Cas VII. Fibrome pédiculé. Galvano-ponction vaginale, 250 milliampères. Pas de diminution de volume de la tumeur.

Cas VIII. Tumeur pelvienne molle, ménorrhagie. Ce symptôme a été amendé par le traitement, la tumeur n'a pas diminué.

L'auteur fait quand il le peut, les ponctions par le vagin, préalablement arrosé de sublimé à 1/5000. A. C.

Limites de la thérapeutique intra-utérine. (What are the rational Limitations of intra-uterine therapeutics), par ANDREW F. CURRIER, in the *New-York med. and Surg. Journal*, 15 février 1890, t. LI, p. 177.

Les affections utérines peuvent être rangées sous quatre groupes relativement à la thérapeutique à leur opposer : affections justiciables d'applications locales ou de courants électriques; affections justiciables de la curette; affections justiciables d'opérations plastiques; affections justiciables d'une extirpation étendue.

P. N.

Un cas de mort, causée par l'introduction d'un dilatateur utérin, avec remarques sur l'emploi de cet instrument. (A death caused by a uterine dilator, with some remarks as to the proper method of using the dilator), par H. A. KELLY, de Baltimore. *Am. J. of Obst.*, janvier 1891, p. 42.

Un confrère emprunta à Kelly deux dilatateurs utérins, puis, quelques jours après, l'appela pour voir la malade qu'il avait opérée. Kelly enleva du col un fragment d'éponge puante ; au-dessus de l'orifice externe, il trouva une perforation de la paroi utérine postérieure, longue de 2 centimètres, qui conduisait dans le péritoine, et faite par l'instrument.

L'utérus était antéfléchi. Le confrère ne consentit à la laparo-

tomie que cinq jours plus tard. A ce moment, Kelly trouva dans l'abdomen un litre de sérum sanguinolent fétide, contenant des flocons de lymphe. L'opérée succomba au bout de 4 heures.

Kelly conclut qu'il faut rejeter les dilatateurs dont l'extrémité est aiguë, et ne se servir que de ceux qui ont un ressort destiné à rapprocher les branches, lorsque l'opérateur cesse la pression sur les manches. Il faut, dit-il, dilater successivement dans diverses directions, en déplaçant chaque fois l'instrument de quelques degrés d'arc. A. CORDES.

Des applications du dermatol dans la pratique gynécologique. (Die Verwendbarkeit des Dermatols in der Gynäkologischen Praxis), R. ASCH. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 1, p. 6.

Le dermatol est un médicament sui generis, doué de propriétés tout à fait spéciales, différentes de celles de l'iodoforme. Sa place n'est pas celle de l'iodoforme, mais à côté, et son champ d'application est étendu. Il ne paraît pas posséder un pouvoir antiseptique considérable, mais, à cause de ses propriétés siccatives remarquables, il peut indirectement favoriser la guérison aseptique des plaies. Car, il empêche le développement des germes arrivés accidentellement sur les parties lésées, en soustrayant ou modifiant les milieux, les éléments favorables à ce développement. Il accélère en outre la guérison des plaies au-dessous de l'eschare sèche. D'autre part, il irrite au minimum les régions avoisinantes, et même, guérit rapidement les eczémas produits par d'autres substances médicamenteuses (sublimé, iodoforme). Il est, de plus, dépourvu de toute action toxique, peut subir, sans altération aucune, les procédés de stérilisation, et n'a pas, comme l'iodoforme, une odeur fâcheuse. Il convient admirablement pour maintenir l'asepticité de certaines plaies, dans des cas où ce but serait difficilement réalisable par les pansements ordinaires (déchirures périnéales récentes, suturées, etc.). Contrairement à Glaeser qui pense que l'emploi du dermatol dans la laparotomie permet d'enlever plus tôt les sutures de la plaie abdominale, l'auteur estime qu'il permet de les laisser plus longtemps, par la raison qu'on a moins à craindre une infection secondaire par des fils absolument secs. Asch a obtenu de bons résultats du tamponnement du vagin avec de la gaze au dermatol dans les cas de catarrhes du vagin. Il a vu également, sous le pansement au dermatol, un ulcère qui intéressait la por-

tion vaginale et les culs-de-sac vaginaux cicatriser rapidement. L'intertrigo cède parfois avec une rapidité surprenante aux applications de poudre de dermatol, après une seule ou deux applications en certains cas. R. L.

Le dermatol (1) ne remplace pas l'iodoforme. (Dermatol, kein Ersatz für Iodoform), E. GLAESER, *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 40, p. 801.

Le dermatol ne peut être substitué complètement à l'iodoforme, loin de là ! L'observation démontre que l'iodoforme est bien supépour le pansement des plaies putrides, en voie de suppuration, tandis que le dermatol est indiqué dans les cas de plaies aseptiques, propres, par instruments tranchants et en processus de granulation. L'action des deux substances est tout à fait différente. L'iodoforme active plutôt la sécrétion, le dermatol la supprime. Il importe donc de bien déterminer d'avance le but à atteindre, si l'on veut faire un emploi judicieux de ces deux substances. R. L.

De l'hydrastinine (2) contre les hémorrhagies utérines. (Hydrastinin bei Gebarmutterblutungen). A. CZEMPIN. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 45, p. 905.

L'auteur a, dans l'espace de 9 mois, employé cette substance dans 52 cas. 5 de ces cas ne peuvent servir à juger le médicament. Des 47 autres, 12 se rapportaient à de l'*endométrite secondaire ;* c'est-à-dire à une hémorrhagie utérine sous la dépendance d'une phlegmasie plus ou moins aiguë des annexes de l'utérus. 5 fois, le résultat observé fut *très bon*, c'est-à-dire que les hémorrhagies, jusque-là abondantes, cessèrent sous l'influence du médicament, au bout de 24-36 heures. 3 fois, résultat *assez bon seulement*, c'est-à-dire que l'hémorrhagie diminua un moment sous l'influence du médicament, mais se reproduisit, quoique en petite abondance, ou bien, qu'elle ne cessa que peu à peu, seulement après 4-5 jours. 2 fois, l'action fut très bonne contre une première hé-

---

(1) Cette substance qui, au point de vue chimique, est un *gallate de bismuth*, a été préconisée par Heinz (de Breslau).

(2) Obtenue par oxydation de l'hydrastine, principe actif de l'*hydrastis canadensis*.

morrhagie survenue dans l'évolution ultérieure de la maladie. 2 fois, résultat négatif.

20 fois, il s'agissait d'*endométrite chronique*, allant jusqu'à l'endométrite hémorrhagique. 13 fois, résultat très bon ; 6 fois, assez bon ; 1 fois, complètement négatif. Dans 4 cas, il s'agissait de *myômes*, et, là, le résultat fut complètement négatif. 11 fois l'auteur eut affaire à des *états congestifs* de l'utérus ; il s'agissait 2 fois d'une première menstruation post-partum excessive, résultat très bon. 2 fois on eut affaire à une première menstruation excessive après avortement, le résultat fut mauvais. Par contre, l'ergotine fut employée avec succès. Dans 7 cas, il s'agissait d'états congestifs divers : hémorrhagies chez des vierges, hémorrhagies après une longue aménorrhée à la suite de maladies consomptives, etc. 3 fois résultat très bon, 2 fois complètement négatif. Au total, sur 47 malades, 26 résultats très bons, 9 médiocres, 11 négatifs.

Conclusions. — En aucun cas, on n'a constaté un effet fâcheux de l'usage du médicament. Il agit — d'après les recherches de Falk — par ses propriétés vaso-constrictives, et, particulièrement, sur les petits vaisseaux de la muqueuse. Aussi, l'hydrastinine ne peut-elle entrer en concurrence, dans tous les cas, avec l'ergot ou l'ergotine. Elle doit être rejetée quand il y a indication à agir sur la musculature de l'utérus, par conséquent, dans les cas de subinvolution puerpérale ou dans ceux d'hémorrhagies utérines par atonie de l'utérus après l'accouchement ou l'avortement. Par contre, elle convient très bien dans les états congestifs de la muqueuse utérine, compliqués de méno et métrorrhagie, liés soit à des troubles fonctionnels des ovaires (ménopause, hémorrhagies chez des vierges), soit à des processus pathologiques des annexes. Également, dans les cas d'affections catarrhales chroniques de la muqueuse utérine, quand il y a tendance marquée à des menstruations profuses ou à des hémorrhagies atypiques.

R. L.

De l'hydrastinine contre les hémorrhagies utérines. (Hydrastinin bei Gebarmutterblutungen), E. Falk. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 49, p. 985. — Les conclusions de l'auteur concernant les indications et les effets respectifs de l'hydrastinine et de l'ergot ou de l'ergotine, concordent avec celles de Czempin.

R. L.

De l'emploi du tannin iodoformé contre les exsudats liquides et du tannin boriqué contre les hémorrhagies. (Ueber die Anwendung der Iodoformtannins bei flüssigen Exsudation und. Bortannins bei Blutungen). G. K. TER-GRIGORIANTZ. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 46, p. 921.

Dans un cas d'exsudat périmétrique, durant, malgré les traitements employés, depuis 6 ans, l'usage du tannin iodoformé sous forme de sac, amena en 2 mois la disparition de cet exsudat. Un an après, l'examen n'en laissa constater aucune trace. Dans un autre cas, où l'exsudat périmétrique liquide, avait persisté, malgré tout, dans le cul-de-sac de Douglas, on obtint également la résorption après 2 mois du même traitement. Les exsudats péri-ovariques sont également résorbés rapidement. Les tuméfactions de l'ovaire, jusqu'à 2 et 3 fois le volume de l'organe, qui sont à l'occasion de la menstruation le point de départ de douleurs, diminuent aussi par l'emploi de ces sacs d'iodoforme. La menstruation s'effectue ensuite sans déterminer de souffrances. L'auteur emploie aussi ces sachets médicamenteux contre les exsudats récents, sans recourir simultanément aux injections chaudes. Dans 2 cas de phlébites utérines, un de ces sachets fut appliqué dans les 2 culs-de-sac vaginaux. Les deux malades guérirent ; l'une, chez laquelle l'affection était très intense, au bout de 25 jours, l'autre au bout de 15. Le tannin iodoformé n'a aucune efficacité contre les salpingites anciennes.

Dans les cas d'hémorrhagies, l'auteur a appliqué des sachets de tannin boriqué sur la portion vaginale, et il en a obtenu des résultats excellents alors que d'autres moyens avaient échoué.

R. L.

II. — TRAUMATISME ET GROSSESSE

Cancer du col, grossesse de trois à quatre mois ; insertion vicieuse, hystérectomie vaginale ; guérison. (A case of cancer of the cervix uteri, with coexisting pregnancy of three and an half to four months ; placenta prævia, vaginal hysterectomy ; recovery), par MARY A. SMITH, de Boston. *Am. J. of Obst.*, 1890, septembre, p. 941.

Malade de 39 ans, ayant 3 enfants, le dernier âgé de 18 mois. Dès octobre 1889, elle s'aperçoit que ses règles sont fort abondantes, qu'elle perd dans l'intervalle, puis que l'écoulement est presque incessant.

Le diagnostic de la grossesse ne fut pas posé positivement avant l'opération.

Précautions antiseptiques. Opération le 6 février 1890.

La température n'a jamais dépassé 38°,9. L'auteur remarque, que si l'on avait attendu quelques semaines l'hystérectomie vaginale n'aurait plus été possible. A. C.

Plaie par arme à feu d'un utérus gravide; laparotomie. Guérison. (Gunshot wound of the pregnant uterus; operation. Recovery). CHARLES BRADLEY. *North American practitioner*. Chicago, décembre 1890, t. II, p. 568.

Une jeune femme de 20 ans, enceinte de 6 mois, se tire un coup de revolver à 4 pouces à droite de l'ombilic. Choc modéré. Moins de 12 heures après l'accident, laparotomie médiane. L'abdomen contient du sang et des débris de vêtements. On trouve une perforation unique siégeant sur le fond de l'utérus en avant de l'insertion de la corne droite. Pas de trou de sortie; pas de blessure de l'intestin. La plaie utérine est fermée par 3 points de Lembert: drainage du péritoine. Le lendemain, expulsion d'un fœtus de 6 mois traversé de part en part.

La balle n'a pas été retrouvée; la mère a guéri. P. N.

Trois opérations césariennes, par D. O. OTT. *Vratch*, 1891, n° 8, p. 221, et n° 9, p. 245.

Dans le premier cas l'opération césarienne est pratiquée pour un fibro-myôme énorme occupant presque tout le petit bassin et empêchant la sortie de l'enfant. Castration, le fibro-myôme étant inopérable. Le tamponnement de l'utérus par l'iodoforme n'a pas prévenu l'hémorrhagie consécutive; l'auteur conseille, dans des cas analogues, de faire la ligature en bloc de toutes les parties de l'utérus dont les vaisseaux donnent; 7 mois après l'opération, le fibro-myôme n'a que peu diminué le volume. Dans le 2e cas, il s'agit d'un bassin rachitique très rétréci. Les suites opératoires furent normales. L'enfant à terme se développe bien. Chez la dernière femme, avec un bassin atrophique justo-minor, l'opération de Porro fut exécutée pendant l'éclampsie. Mort 60 heures après d'urémie. A l'autopsie on constate une néphrite parenchymateuse aiguë. L'enfant est bien portant.

Cancer de l'utérus chez une femme enceinte. (Cancer of the cervix

uteri with coexisting pregnancy; vaginal hysterectomy; recovery), par TAYLOR. *Medical Record*, 28 février 1891, p. 259.

Madame L. O'y, 41 ans, réglée à 14 ans, mariée à 24 ans, a eu six enfants et deux fausses couches. Elle est un peu pâle et a quelques douleurs dans le bassin, mais l'état général paraît bon. On trouve l'utérus volumineux : le fond se fait sentir au-dessus du pubis; le col est extrêmement dur et la palpation bimanuelle montre que l'utérus en entier forme un tout inflexible. Au spéculum on voit que le col est allongé, présente des nodosités et une coloration rouge vif; l'ensemble a les caractères d'une tumeur maligne. La femme ne se considérait pas comme étant enceinte; aucune modification du côté des seins, le volume de l'utérus peut être dû à la tumeur; les règles font défaut. On lui explique qu'il est possible qu'elle soit enceinte, mais que dans ce cas la marche naturelle de la grossesse entraînera la mort.

Le 4 juin 1890, on pratique l'hystérectomie. En isolant l'utérus en avant, on fit une déchirure de la paroi vésicale. Par l'incision faite en arrière du col, on introduisit une éponge pour maintenir les intestins dans la cavité abdominale. Le ligament large était très élevé et le doigt ne put retenir son bord supérieur; mais le doigt fut introduit à travers le ligament large du côté gauche et avec des ciseaux on fit une ouverture en avant à travers le péritoine au niveau de la pointe du doigt servant de guide et on compléta la séparation de l'utérus et de la vessie. On lia alors le ligament large. On libéra le côté droit de l'utérus comme on l'avait fait pour le côté gauche. L'utérus put alors être enlevé ainsi que l'ovaire et la trompe du côté gauche, tandis que les annexes du côté droit avaient été laissées en place et liées en même temps que le ligament large du même côté. Il y eut une hémorrhagie assez intense qu'on arrêta du reste par des pinces qu'on laissa ensuite en place.

L'opération dura une heure un quart. La malade supporta assez bien l'opération. Pendant 20 heures les urines furent sanglantes. La dernière pince fut enlevée 60 heures après l'opération. La malade put quitter l'hôpital au bout de 20 jours. Elle se porte très bien actuellement.

L'examen de la pièce enlevée montra bien que, comme on l'avait pensé, il s'agissait d'un carcinome de l'utérus. L'utérus contenait en outre un fœtus d'environ 2 mois.

De la conduite à tenir dans la grossesse et l'accouchement compliqués de fibro-myômes du petit bassin. V. V. SOUTOUGUINE. *Vratch*, nº 1, 1891.

L'auteur est partisan de la plus large application de la myômotomie vaginale, l'énucléation des tumeurs fibro-myomateuses étant plus souvent praticable qu'on ne le croit généralement.

Dans le cours de la grossesse on n'interviendra qu'en cas d'indications urgentes ; mieux vaut éloigner la tumeur au terme de la grossesse et cela avant d'avoir essayé le forceps ou la version.

OBS. — Fibro-myôme du col de l'utérus, avortement spontané, énucléation de la tumeur, guérison. M. W.

Cancer du col utérin. Grossesse concomitante. Hystérectomie vaginale. Guérison. (Cancer of the cervix uteri with coexisting pregnancy; vaginal hysterectomy; recovery), par WALLACE TAYLOR, *Med. Record*, N.-Y, 28 février 1891, p. 259.

Femme de 42 ans, n'ayant pas eu ses règles depuis deux mois. Le col avait tous les caractères de l'épithélioma, le corps augmenté de volume, était dur comme du bois. L'hystérectomie fut faite sans autre incident qu'une hémorrhagie au niveau du ligament large gauche mal lié. Guérison sans incidents.

Cette pratique, au début d'une grossesse, semble actuellement la plus rationnelle. Attendre le terme expose à l'avortement ou tout au moins à l'opération césarienne avec mort certaine de la mère, au bout d'un court délai, même dans l'hypothèse la plus favorable. H. H.

Cancer de l'utérus compliqué de grossesse de 3 mois et demi à 4 mois. Hystérectomie vaginale. Guérison. (A case of cancer of the cervix uteri with coexisting pregnancy of three and one half to four months ; placenta prævia; vaginal hysterectomy ; recovery), par MARY ALMIRA SMITH. *Amer. J. of obstetr.*, N.-Y., septembre 1890, p. 941.

A propos de son observation personnelle, l'auteur réunit 11 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer compliqué de grossesse : Spencer Wells, Galabin, Berthod (l'hystérectomie fut faite 24 jours après l'accouchement prématuré à 6 mois), Greig, Smith, Korn, Theim-Cottlus, L. Landau, Hofmeier, Brennecke, Kaltenbach.

Dans tous les cas l'hystérectomie fut suivie de guérison, aussi peut-on se dire aujourd'hui pleinement autorisé à rejeter les opérations palliatives, telles que l'excision du col qui expose à l'avortement et à tous les dangers de l'infection de surfaces récemment avivées. H. H.

Kyste de l'ovaire et grossesse. (An ovarian cyst, complicating pregnancy; obstructing labor and becoming gangrenous in the puerperal state). BARTON COOKE HIRST. *Medical News Philadelphia*, 12 juillet 1890, t. LVII, p. 37.

Femme porteur depuis plusieurs années d'une tumeur abdominale : à un certain moment apparaissent tous les signes rationnels d'une grossesse qui ne s'affirme qu'au 7e mois.

A 8 mois 1/2 l'auteur pratique à travers la paroi vaginale une ponction qui donne issue à un liquide foncé et grumeleux, et qui permet de faire la version.

Mais des phénomènes d'infection surviennent et nécessitent une laparotomie d'urgence. On trouva un gros kyste à parois noirâtres, adhérant à l'utérus et plein d'un pus fétide. L'ablation étant impossible, la poche fut suturée à la paroi et la malade guérit.

P. N.

Des corps fibreux compliqués de grossesse. S. POZZI. *Gazette médicale de Paris*, 24 mai 1890, t. VII, p. 241.

La grossesse donne souvent une impulsion très vive au développement des fibromes et cette hypertrophie peut déterminer des accidents qui réclament une intervention. Les corps fibreux sous-péritonéaux du fond de l'utérus, pédiculés ou sessiles, gênent rarement la parturition et on peut souvent se dispenser d'intervenir. Dans quelques cas cependant on pourra tenter une opération partielle (myomotomie) compatible avec la continuation de la grossesse si le fibrome est pédiculé ou si, étant sessile, il siège franchement sur le milieu du fond de la matrice. Dans les corps fibreux interstitiels à évolution abdominale l'avortement provoqué est une grande ressource ; mais si des raisons particulières militent en faveur d'une intervention précoce on aura le choix, suivant les cas, entre l'amputation supra-vaginale et l'opération césarienne toujours plus grave. L'ablation des polypes et des corps fibreux du col peut se faire sans gêner en rien la marche de la grossesse. P. N.

Grossesse et néoplasmes. (Schwangerschaft und Neubildung), Gordes. *Zeit. f. Geb. u. G.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 100.

Le but de ce travail est de rechercher la meilleure conduite à suivre dans les cas de néoplasmes qui se compliquent de grossesse. Les matériaux qui lui servent de base ont été réunis dans la clinique d'A. Martin. Tout d'abord, l'auteur met en relief la rareté de cette association, néoplasmes et grossesse, à l'aide des chiffres suivants : sur un total de 330 laparotomies, pratiquées dans le service de Martin, depuis le milleu de l'année 1887 jusqu'à la fin de 1889, — y compris les grossesses extra-utérines traitées par l'incision abdominale — 13 seulement se rapportent à cette association, soit une proportion de 4 p. 0/0.

1° *Tumeurs des organes pelviens.* — Des tumeurs ovariques et tubaires, 50 p. 0/0 étaient situées à gauche, pas tout à fait 25 p. 0/0 à droite, et les autres étaient bilatérales. L'ablation de ces tumeurs est indiquée, quand certaines complications, par exemple des adhérences étendues avec la matrice, n'y mettent pas obstacle. La grossesse n'est pas de ce fait troublée dans sa marche, et, point essentiel, l'utérus est garé contre les complications qui auraient pu naître de la présence de la tumeur ; réduction de l'espace nécessaire à son développement physiologique, troubles de nutrition résultant d'une torsion du pédicule. De même, Fehling est partisan de l'ovariotomie pendant la grossesse ; pendant le travail, il conseille de tenter la reposition de la tumeur ou de faire la ponction, la parturiente ayant été préalablement endormie.

2° *Tumeurs appartenant à la matrice. Myômes.* — Cette association de myômes et de grossesse fut observée 9 fois, chiffre relativement élevé, étant donnée la rareté de la conception dans le cas d'utérus myômateux. Ce sont surtout les myômes sous-muqueux, et les gros myômes interstitiels qui entraînent la stérilité, et lorsqu'ils ne l'ont pas empêchée, ils provoquent très souvent l'avortement. Aussi, la crainte d'interrompre la grossesse ne doit-elle influer d'aucune façon sur le choix du mode d'intervention. La grossesse est moins exceptionnelle dans les cas de myômes sous-séreux.

En ce qui concerne la conduite à tenir, on pourrait songer à l'accouchement prématuré. Mais il comporte des dangers souvent considérables : *hémorrhagies,* surtout quand l'insertion placentaire correspond au siège de la tumeur (défaut de contraction du tissu utérin correspondant), *processus puerpéraux.* Aussi, est-il

préférable de recourir à des procédés moins simples, mais moins incertains, aux procédés chirurgicaux.

Mais en principe, *l'extirpation chirurgicale des myômes n'est indiquée que lorsqu'ils menacent de troubler le développement de l'utérus ou la marche de la grossesse.*

L'expulsion d'un enfant à terme n'est pas empêchée par des myômes de petit volume, quand ils siègent au-dessus de l'anneau de contraction. En conséquence, ce n'est qu'au cas d'indications spéciales, qu'il y a lieu de procéder à l'extirpation de ces petites tumeurs.

Les myômes sous-séreux deviennent, grâce à la laparotomie, parfaitement accessibles au chirurgien. Et l'on est en droit d'espérer que l'opération ne sera pas suivie d'avortement, surtout si les tumeurs sont franchement pédiculées. L'avortement est beaucoup plus à plaindre quand il s'agit de myômes à insertion large, s'enfonçant entre les éléments musculaires de la matrice, et il peut se compliquer des dangers graves signalés plus haut : hémorrhagies, phénomènes de putréfaction *in utero* avec leurs conséquences. Il importe donc, dans les cas de myômes sous-séreux, de résoudre cette question : faut-il intervenir, faut-il attendre ? Quand les tumeurs sont pédiculées, l'intervention est indiquée. Dans le cas contraire, on doit attendre aussi longtemps que des phénomènes de compression de l'utérus, des annexes, des vaisseaux ne viennent pas forcer la main, à cause des chances d'avortement avec les dangers graves qu'il comporte dans ces conditions spéciales. S'agit-il de myômes sous-muqueux ou interstitiels, ceux qui entraînent le plus souvent l'avortement, les plus rares heureusement, il ne reste qu'à pratiquer l'extirpation simultanée de l'utérus et de la tumeur. Mais, il est bien entendu, qu'ici encore on n'opère que si les douleurs sont telles qu'il est impossible d'attendre plus longtemps, qu'il n'y a plus d'espoir de compter sur les bénéfices d'une opération césarienne ultérieure. Au cas de douleurs modérées, on peut attendre, mais il faut surveiller très attentivement l'évolution de la grossesse, pour ne pas risquer de laisser passer le moment « le plus propice » pour une opération césarienne. Si l'on en arrive à cette opération, on ne fera l'opération césarienne classique que s'il est possible d'enlever la tumeur en totalité. Cette condition étant irréalisable ou bien si de nouvelles grossesses devaient entraîner de grands risques (au cas, par exemple, d'ostéomalacie), on pratiquerait soit l'opération de Porro,

soit l'extirpation vaginale de l'utérus, suivant la technique de Martin.

3° *Tumeurs soi-disant malignes de l'utérus. Carcinomes.* — Avant tout, il s'agit de carcinomes du col. Dans quelques cas, plus compliqués, on se trouve en présence de cancers des ovaires ou des viscères abdominaux propagés à l'utérus. D'une manière générale, en présence de semblables tumeurs, si l'on reconnaît qu'il est possible d'enlever les tissus carcinomateux après ouverture du ventre, il faut pratiquer la laparotomie, sans se préoccuper le moins du monde du sort de l'œuf. Quand le carcinome est inopérable, seule, malheureusement, l'expectation est de mise. Quand il est justiciable d'une opération, et que la grossesse n'est qu'à un mois environ de son terme normal, peut-on la laisser évoluer jusqu'au bout ? Le mieux est de provoquer immédiatement l'accouchement, puis de faire une opération radicale, seule conduite capable de sauver les deux existences.

Tumeurs intra-ligamentaires. — Les indications sont à peu près les mêmes que lorsqu'il s'agit de tumeurs des annexes, non adhérentes à l'utérus. Il faut opérer quand il est facile d'isoler les tumeurs intra-ligamentaires de la matrice.

R. L.

Fibro-myôme du corps de l'utérus compliquant une grossesse, D. Berlin. *Arch. de Toc.*, 1890, n° 10, p. 700.

C'est à environ 8 mois de grossesse que l'auteur fut appelé à examiner la femme qui fait le sujet de cette observation.

Agée de 42 ans, mariée depuis 20 ans, restée stérile jusqu'alors, cette personne avait remarqué, 2 à 3 années auparavant, la présence d'une tumeur abdominale, dure, de la grosseur d'une orange, qui d'ailleurs ne lui causait aucun mal. Jusqu'en janvier 1889, elle avait été parfaitement menstruée, mais, en février et en mars, les règles manquèrent, et, d'autre part, la tumeur prit un accroissement considérable. Elle consulta alors plusieurs médecins, et en particulier Labbé et Rendu, qui soupçonnèrent un début de grossesse et mirent sur celle-ci le développement rapide de la tumeur, qu'ils jugèrent être un fibrome utérin. Ils firent entrevoir à leur cliente, qu'il serait peut-être prudent de provoquer, à un certain moment, l'accouchement prématuré pour prévenir les dangers que le néoplasme pourrait entraîner dans un accouchement à

terme. Mais la femme exprima la volonté formelle que la grossesse ne fût point interrompue.

Or, à 8 mois environ, le Dr Berlin faisait les constatations suivantes : existence de 2 tumeurs abdominales, situées approximativement de chaque côté de la ligne médiane. A gauche, tumeur offrant la consistance d'un utérus gravide, à droite tumeur beaucoup plus dure, descendant jusqu'au voisinage des fausses côtes, remplissant l'hypochondre droit, et paraissant nettement reliée à la précédente. A gauche, tête fœtale, non engagée, foyers des doubles battements fœtaux au-dessous de l'ombilic et à gauche. Col conique, orifice lenticulaire; tumeur inaccessible par le vagin. Le 12 septembre les diamètres maxima du néoplasme étaient : en hauteur 42 cent., en largeur 33 cent. Le 20 octobre, début du travail. Dilatation fort lente. Application de forceps au détroit supérieur, et, sous l'influence de tractions assez énergiques, engagement de la tête dans le bassin, mais comme la tête ne tourne pas, le forceps est retiré, et l'auteur, ayant introduit la main dans le vagin, réussit, à l'aide de pressions sur la bosse pariétale gauche à tourner l'occiput en avant ; 2e application de forceps, laborieuse, mais qui amène un enfant du poids de 3600 grammes, en état d'asphyxie, mais que quelques flagellations suffisent à ranimer. Quelques minutes après, une hémorrhagie assez abondante nécessite l'extraction manuelle du délivre. Ergot de seigle, injections chaudes de biiodure d'hydrargyre. Il ne se produit plus d'hémorrhagie. Suites de couches apyrétiques, à peu près normales. Pourtant, à 2 ou 3 reprises l'accouchée se plaint de sensations d'étouffement pendant la nuit. La tumeur suit le mouvement d'involution de l'utérus, car ses diamètres sont réduits, le 25 octobre, à 32 cent. et 29 cent.

Malgré l'évolution très rassurante des suites de couches (l'auteur avait, avant, pendant et après le travail, institué une antisepsie rigoureuse), l'accouchée, sans s'être levée, sans avoir commis la moindre imprudence, fut prise, brusquement, le 31 octobre, dans la soirée, de suffocation et succomba en quelques instants, probablement (pas d'autopsie) par embolie cardio-pulmonaire.

R. L.

Rapports de la grossesse masquée avec la chirurgie abdominale. (Conciliated Pregnancy ; its relations to abdominal surgery), par

A. Van der Veer, professeur au collège médical d'Albany. *Amer. J. of Obst.*, 1889, nov., p. 1121.

L'auteur rapporte deux cas personnels, et huit autres cas qu'il a pu réunir, dans lesquels le médecin fit la laparotomie, sans avoir diagnostiqué la gestation.

Quatre des opérées moururent peu après l'opération, cinq survécurent. L'auteur ne connaît pas le sort de la dixième.

Les opérateurs étaient : Van der Veer (fibrome, sarcome) ; C, Kellock, R. Barnes, Granville, Bantock (sarcomes) ; Péan, Fauvel, A. Patterson (fibro-myômes) ; J. H. Etheridge, L. Washif (fibrômes multiloculaires).

L'auteur croit que, dans tous les cas, les symptômes indiquaient l'opération, et il s'appuie sur l'opinion énoncée par L. Tait : « Lorsque la vie est menacée, ou insupportable, que les traite- « ments ordinaires sont impuissants, le diagnostic exige une « incision exploratrice, qui le fixera et ouvrira la voie au traite- « ment ».

Puis Van der Veer discute les détails de 68 cas de ce genre et conclut ainsi :

1° Les conditions étaient telles que, si elles se rencontrent dans d'autres cas, on ne pourra pas éviter la même erreur.

2° et 3° Avant d'opérer, le chirurgien s'entourera de toutes les sources de lumières qui seront à sa portée, et examinera soigneusement la malade.

4° Lorsqu'il aura le moindre soupçon de grossesse, il en fera part à la malade ou à son entourage.

5° Il exposera aux intéressés la nécessité de l'intervention.

6° Il est nécessaire de rapporter en détail tous les cas de ce genre, afin d'en éclairer l'histoire.

7° On doit reconnaître que surtout jusqu'au 5e ou au 6e mois, la grossesse peut être masquée par quelque maladie abdominale.

A. C.

Tumeur fibreuse empêchant l'accouchement ; opération césarienne. (Labor complicated by a fibroid tumor ; cæsarean operation). Gibb. *Medical News, Philadelphia,* 29 mars 1890, vol. LVI, p. 333.

Primipare de 35 ans ; bassin normal ; présentation de la tête en position gauche. Au bout de 48 heures, les contractions ont cessé et on trouve une tumeur, située au niveau du détroit supérieur et

empêchant de sentir le col. La laparotomie est pratiquée, le tissu utérin, pâle et parsemé de grosses veines, est incisé sur une longueur de 4 à 5 pouces ; l'enfant est rapidement extrait et ramené à la vie. Réunion de la plaie utérine par 10 sutures profondes et 10 sutures superficielles de Lembert. Ablation d'une tumeur fibreuse fixée par un fin pédicule à la face postérieure du corps utérin. La malade meurt 55 heures après d'une péritonite, vérifiée à l'autopsie.

L'auteur rappelle que sur les 17 cas d'opération césarienne réunis par Harris, cette opération a été pratiquée 3 fois pour tumeur fibreuse, une fois pour cancer du col, une fois pour tumeur du sacrum. De ces cinq opérées, 2 ont guéri. P. N.

Hernie crurale étranglée chez une femme en couches. (Strangulated femoral hernia after parturition ; operation ; recovery), par C. Kidd. *Lancet*, 21 juin 1890, t. I, p. 1352.

Une femme de 41 ans, qui portait depuis longtemps une hernie crurale droite, fut prise au sixième jour de son accouchement d'accidents d'étranglement. C. Kidd opéra et trouva, derrière l'épiploon, une petite anse qu'il réduisit. Il termina par l'extirpation du sac. La malade guérit. Les cas de ce genre sont exceptionnels : C. Kidd n'a pu trouver comme fait semblable qu'une observation de hernie ombilicale étranglée chez une femme en couches, publiée par Bracey en 1882 à la Société médicale de Midland.

Myôme et grossesse, opération césarienne. (Ein Fall von conservativem Kaiserschnitt), par Everke. *Deutsche med. Woch.*, 17 juillet 1890, nº 29, p. 630.

On discute encore sur la meilleure conduite à tenir dans les cas e dystocie par myôme utérin. Dans son observation personnelle, Everke a fait la laparotomie à terme, la dystocie ayant été reconnue lorsque les douleurs avaient déjà commencé.

L'enfant fut extrait vivant et l'utérus fut suturé. Mais il devint alors évident que le myôme était cervical et ne pouvait être atteint par cette voie. Immédiatement, il fut donc énucléé par la voie vaginale.

La femme a guéri, l'enfant a vécu.

Il est à noter qu'en outre cette malade souffrait d'un goitre exophthalmique. A. B.

Grossesse et ovariotomie. (A case of ovariotomy complicated by pregnancy), par H. RICHARDSON. *The Boston med. and surg. Journal*, 14 novembre 1889, vol. CXXI, p. 480.

Cet article est la relation d'une laparotomie où l'auteur croyant ponctionner un kyste de l'ovaire, ponctionna un utérus gravide de quatre mois environ; il s'écoula une bonne quantité de sang et il fallut fermer cette plaie utérine à l'aide de deux points de suture au catgut.

Mais il existait en même temps, un kyste, développé au-dessus de l'ovaire droit, à long pédicule, qui fut enlevé facilement. La malade guérit parfaitement et sa grossesse a continué à évoluer normalement. P. N.

Grossesse et intervention chirurgicale. (Pregnancy and operative surgery, their mutual relations). S. C. GORDON, *Boston med. and surg. Journal*, 17 octobre 1889, vol. CXXI, p. 385.

Des ovariotomies, des castrations tubo-ovariennes, des trachélorraphies ont montré que l'on pouvait agir impunément sur les organes même les plus voisins d'un utérus gravide.

Suit une observation de laparotomie pratiquée sur une femme enceinte pour ablation d'un fibrome développé aux dépens de la face antérieure de l'utérus. La malade guérit et accoucha au neuvième mois sans incident. P. N.

Un cas de tolérance particulière d'un utérus gravide. (A case of unusual tolerancy of the pregnant uterus). CHARLES L. LANG. *Med. Rec.*, N.-Y., 1889, II, 707.

Femme en traitement depuis 3 mois pour un engorgement utérin avec périmétrite (applications locales sur le col, douches chaudes, etc.). L'utérus avait le volume d'une grossesse de 4 mois; pour le mesurer plus exactement, on introduisit dans sa cavité une curette, 5 mois plus tard la femme accouchait à terme d'un superbe bébé.

(Nous avons de même vu une grossesse de 3 mois continuer après un cathétérisme de l'utérus.) H. H.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE L'UNIVERSITÉ DE NAPLES.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

CONFÉRENCE DU PROFESSEUR O. MORISANI (1).

MESSIEURS,

Je n'ai pas l'intention de vous faire aujourd'hui l'histoire de la symphyséotomie ni de vous exposer les vicissitudes de cette opération depuis l'époque où elle fut proposée par Sigault jusqu'à l'heure présente. Je ne vous donnerai pas non plus les statistiques de la section de la symphyse : cela a été déjà fait dans d'autres opuscules que j'ai publiés. Je me propose seulement d'exposer devant vous : 1° *le mécanisme de l'augmentation de capacité du bassin qu'on peut obtenir* à la suite et par l'effet de la section de la symphyse du pubis ; 2° *les limites de l'indication de cet acte opératoire*; 3° la comparaison de cette opération avec celles qu'on pourrait lui substituer ; 4° *les causes qui ont rendu jadis la sym-*

(1) Cette conférence fut faite le 15 février dernier en présence du Dr Charpentier, de Paris. Je la publie afin que, en ce moment où la question de la symphyséotomie est examinée et discutée par plusieurs des hommes qui font autorité en obstétrique, chacun sache quelles sont sur cette opération les opinions de ceux qui n'ont jamais cessé de défendre son emploi avec foi et conviction.

physéotomie si grave pour les femmes et pour les enfants.

Je fonde mon jugement sur 12 opérations de symphyséotomie pratiquées par moi dans cette clinique (1) depuis la publication de la dernière statistique présentée au congrès national d'obstétrique et de gynécologie tenu à Rome en 1886. Je sais que quelques-uns de mes collègues ont pratiqué de semblables opérations avec d'excellents résultats; je sais aussi que quelques-uns de mes aides en ont fait un certain nombre en ville avec plein succès. Le temps viendra où toutes ces observations seront rassemblées et publiées. Pour le moment permettez-moi de n'invoquer que mes 12 opérations dans lesquelles j'obtins pour 12 mères la guérison et je sauvai les 12 enfants (2).

I. — En 1863, dans mon mémoire sur les *Rétrécissements du bassin*, je cherchai, en m'appuyant sur quelques expériences faites sur des cadavres de femmes, à établir le mécanisme de l'augmentation des diamètres du détroit supérieur du bassin après la section de la symphyse et les limites de cette augmentation. Je n'ai rien ou peu de chose à ajouter à ce que j'écrivis alors; les observations et les expériences faites depuis ont confirmé mes appréciations.

Lorsqu'on a incisé le cartilage interpubien chez une femme en travail ou sur un cadavre de femme morte en couches, les deux pubis s'écartent de 3 à 4 centimètres. L'écartement a lieu spontanément avec les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses. Si l'on écarte les cuisses par une légère pression sur leur face interne, l'écartement peut aller avec une grande facilité à 6 et même à 7 centimètres sans produire aucune lésion des symphyses sacro-iliaques. Celles-ci sont, à vrai dire, un peu écartées, les lames fibreuses superficielles un peu distendues, mais les tissus qui

(1) Voyez le n° de janvier des *Annales de gynécologie*.

(2) Un des enfants fut extrait par la version après un long travail et alors que les membranes étaient rompues depuis 24 heures. Il naquit asphyxié; il fut ranimé par les moyens convenables, mais il mourut au bout de 12 heures.

forment l'articulation se conservent parfaitement intacts et indemnes.

Par des pressions énergiques et lentes, l'écartement entre les pubis peut être encore plus considérable. Giraud est arrivé, sur des cadavres de nouvelles accouchées, jusqu'à 81 millimètres; mais alors les symphyses sacro-iliaques éprouvent des désordres et des lésions plus ou moins considérables et graves, lesquels varient du reste, en raison du plus ou moins de souplesse et d'élasticité des attaches fibreuses.

Cela étant admis, voyons quelle est l'influence de l'écartement des pubis sur les diamètres du bassin.

Tous ceux qui se sont occupés de la symphyséotomie ont admis que les pubis divisés se portaient en avant à mesure qu'ils s'écartaient, et que c'était ainsi que se trouvait augmenté le diamètre antéro-postérieur. Nous ne partageons pas cet avis. Tout d'abord, si nous voulons parler rigoureusement, l'augmentation de ce diamètre antéro-postérieur n'existe pas, puisque la symphyse où devrait aboutir ce diamètre est elle-même détruite. Si l'on considère comme diamètre antéro-postérieur la ligne qui finit sur le point où se trouvait la symphyse, et où correspondent les parties molles après l'opération, cette ligne est augmentée autant que le permet la distention des parties molles; mais cette augmentation ne peut pas contribuer seule à faciliter l'accouchement.

Donc l'accroissement de longueur ne porte pas sur le diamètre antéro-postérieur, mais sur deux lignes qui du milieu du promontoire vont aboutir à chacun des pubis écartés.

Ces deux lignes sont réellement augmentées mais non par une projection en avant des os disjoints. En effet, la force capable de pousser en avant les os iliaques devrait être appliquée de dehors en dedans sur la moitié postérieure du bassin, ou bien de dedans en dehors sur la moitié antérieure; or, il n'existe, que je sache, aucune force dans la partie postérieure du bassin ni dans la partie antérieure. L'écartement des pubis a lieu par l'effet de l'élasticité des liga-

ments des articulations sacro-iliaques, mise en jeu par l'action des masses musculaires qui entourent le bassin et par la pression exercée sur les cuisses; ces forces sont toutes appliquées latéralement aux os qui tournent et n'ont par conséquent aucune influence pour les pousser en avant.

L'augmentation de longueur des deux lignes sacro-pubiennes tient donc à une cause tout à fait différente. Réfléchissez en effet que la ligne tendue entre le milieu du promontoire et le sommet de la symphyse est une ligne droite, tandis que les pubis une fois divisés, les deux lignes qui vont du milieu du promontoire jusqu'à chacune des extrémités des os séparés sont obliques.

Les deux os iliaques représentent les deux arcs d'une figure curviligne qui s'éloignent l'un de l'autre en prenant, lorsque leur extrémité antérieure est devenue mobile, un point d'appui sur leur extrémité postérieure qui est la symphyse sacro-iliaque, et en roulant en quelque sorte sur un corps fixe qui est le sacrum. On conçoit tout naturellement que, plus grande sera la rotation effectuée par les arcs, plus longues seront aussi les cordes de ceux-ci, ou, ce qui revient au même, les deux lignes qui du centre fixe vont aux extrémités mobiles.

Le calcul de l'augmentation de longueur a déjà été fait par Leroy et mes expériences confirment à peu près ce calcul. Pour chaque centimètre d'écartement pubien, on obtient une augmentation de presque 2 millim. et demi, de sorte que, avec 6 centim. de distance interpubienne, les lignes sacro-pubiennes gagneraient 13 à 15 millim. de longueur.

Non seulement ces lignes s'allongent, mais proportionnellement s'accroissent aussi toutes les autres que du milieu du promontoire on pourrait tirer à chaque point de la moitié antérieure du bassin, comme les branches horizontales du pubis, les cavités cotyloïdes, etc. Cette augmentation n'a pas été très étudiée par les auteurs, mais elle est très utile à connaitre étant donné que souvent, sur les bassins viciés, toute la portion antérieure du canal pelvien est étroite, et

que l'obstacle au passage de la tête existe non seulement entre le sacrum et les pubis, mais aussi dans toute la longueur des branches horizontales et jusqu'au delà des cavités cotyloïdes.

C'est pourquoi nous pouvons dire d'une manière générale que, par la section de la symphyse pubienne, on obtient une augmentation réelle dans la capacité de l'aire pelvienne.

Il y a plus. La tête, poussée par les contractions utérines, descend dans le bassin et une de ses bosses pariétales (l'antérieure) s'engage dans le vide existant entre les pubis divisés. De là résulte une augmentation indirecte des lignes pelviennes antéro-postérieures, par diminution relative du diamètre bipariétal de la tête fœtale. Cette augmentation peut être évaluée à 6 ou 8 millimètres, ce qui fait en somme un accroissement des lignes antéro-postérieures de 20 à 22 millimètres.

En outre, les diamètres transverse et obliques sont aussi très allongés et cet allongement peut être évalué au quart ou à la moitié de l'écartement des pubis, selon que nous nous éloignons ou nous approchons des extrémités du diamètre transversal.

II. — De ce que nous venons de dire, découle l'exacte appréciation des limites dans lesquelles doit être établie l'indication de l'opération qui nous occupe.

Réfléchissons, en effet, que l'écartement des pubis ne doit pas dépasser 6 centimètres, si l'on veut conserver l'intégrité des articulations sacro-iliaques; avec cet écartement, les lignes sacro-pubiennes gagnent 13 à 15 millimètres : l'engagement de la bosse pariétale antérieure nous fournit une réduction qui ne dépasse pas plus de 6 à 8 millimètres, ce qui fait gagner en somme de 20 à 22 millimètres. Premier résultat.

D'autre part, songeons que le diamètre bipariétal d'un fœtus à terme est en moyenne de 95 millimètres et, avec un peu de réduction, de 90 millim. et nous comprendrons facilement que, avec la section de la symphyse, l'accouchement sera possible, mais avec quelques difficultés,

dans les rétrécissements de 67 millim. de conjugué, et facile avec ceux de 70 millim. C'est la limite inférieure de la symphyséotomie, et c'est dans ces sortes de rétrécissements que l'opération peut être utile et bienfaisante. Au delà, elle n'est plus indiquée et, bien qu'on en ait obtenu quelques avantages dans des circonstances exceptionnelles, son emploi n'est plus logique ni rationnel.

La limite supérieure s'établit généralement à 88 millim. On ne doit pas objecter que avec 81, et encore plus avec 88, l'accouchement est possible à la rigueur par les seuls efforts naturels ou par l'application du forceps. Certes, dans des circonstances exceptionnelles, avec une tête de fœtus petite ou très réductible, les forces naturelles suffisent parfois à vaincre l'obstacle, et à compléter l'expulsion; mais dans les conditions normales il n'en est pas ainsi.

Je sais bien que les tractions énergiques, violentes, prolongées avec le forceps ont suffi dans certains cas pour extraire la tête fœtale dans ces conditions d'étroitesse; je me rappelle encore d'une époque où l'on ajoutait à la force déjà grande de l'accoucheur, celle d'un assistant non moins vigoureux et robuste; on tirait alors sans relâche avec l'énergie combinée de quatre mains, et avec la volonté de personnes qui savaient fort bien que l'insuccès de leurs tentatives entraînerait forcément la nécessité de perforer le crâne et de broyer la base. Il arrivait souvent que les difficultés cédaient à de tels déploiements de forces; les obstacles étaient vaincus et on parvenait à extraire la tête; mais alors on obtenait rarement un enfant vivant : ou bien il était déjà mort, ou bien il présentait de telles lésions sur les os du crâne, qu'il succombait en quelques heures.

Alors le forceps n'est plus un instrument de salut; il n'est qu'un agent fœticide et l'opération devient une céphalotripsie déguisée; notez que cette dernière opération aurait été pour les organes maternels moins grave et moins offensive.

Depuis 1863, je proposai dans des circonstances semblables, après avoir accordé le temps nécessaire à l'expectation, de faire précéder la section de la symphyse d'une discrète et prudente tentative d'extraction par le forceps, lequel devrait être mis de côté aussitôt que les tractions modérées nous auraient démontré une grande difficulté à l'engagement de la tête.

III. — On ne peut plus accepter aujourd'hui certains parallèles établis entre la symphyséotomie et quelques autres opérations obstétricales. En effet, on ne peut pas comparer la section de la symphyse avec l'accouchement prématuré. A vrai dire, l'accoucheur qui, en présence d'une femme dans le septième ou le huitième mois de sa grossesse, et avec un rétrécissement du bassin, lui conseillerait d'attendre la fin de sa grossesse pour lui ouvrir la symphyse, ferait de la mauvaise chirurgie. L'accouchement prématuré est en pareil cas préférable si nous voulons écouter les suggestions de la science et de la conscience.

Mais quand la grossesse est arrivée à terme, et, plus encore, quand l'accouchement est commencé, il est clair que la seule ressource pour l'homme de l'art sera la symphyséotomie.

Je ne m'étendrai pas plus longuement sur la comparaison entre la symphyséotomie et l'opération césarienne. Les limites des deux opérations sont nettement établies. *L'une commence là où l'autre finit.* Nous ne pouvons pas accepter l'extension qu'on a voulu donner à l'hystérotomie en ces derniers temps. Éblouis et presque séduits par une statistique à laquelle il eût été folie de songer jadis, quelques accoucheurs n'ont pas hésité à inciser le ventre et l'utérus avec une facilité exagérée, presqu'à la légère. Nous restons fidèles à l'indication de l'opération césarienne là où le conjugué est inférieur à 67 millim.

La seule opération qu'on puisse comparer à la section de la symphyse est la perforation du crâne et le broiement de

sa base. Or, on ne peut pas dire que cette opération soit inoffensive pour la mère.

Je sais bien que, grâce aux perfectionnements apportés aux instruments embryotomiques dans ces dernières années, à l'habileté des opérateurs et à l'usage des moyens antiseptiques, on obtient d'excellents résultats ; je n'ignore pas que le savant directeur de la clinique obstétricale de Paris, le professeur Pinard, a pratiqué un grand nombre de basiotripsies, sans aucune mortalité pour les mères. Je concède qu'il en soit ainsi ; mais tous les fœtus sont sacrifiés.

Sur 12 basiotripsies, par exemple, on obtient 12 femmes guéries et 12 enfants morts.

Or, rappelez-vous la statistique de la symphyséotomie que je vous donnais en commençant et dans laquelle, sur 12 opérations, on a eu 12 femmes guéries et 12 enfants vivants, et vous conclurez facilement que les avantages sont pour la section de la symphyse.

IV. — Pour bannir de la pratique la symphyséotomie, on a invoqué les tristes résultats de cette opération relevés par la statistique. Or, des études rigoureuses soigneusement faites d'après les chiffres invoqués, je crois qu'on peut conclure : 1° que les résultats de la symphyséotomie ont été très graves pour les mères alors que l'opération était pratiquée au delà des limites inférieures à son indication ; 2° que même dans les justes limites, les insuccès étaient peut-être dus à l'époque du travail à laquelle on opérait et à la technique opératoire ; 3° que les accidents consécutifs tenaient souvent aux lésions des parties génitales qui précédaient l'acte opératoire, ou au manque des précautions antiseptiques ; 4° que la mort des fœtus doit être attribuée bien plus aux moyens accessoires employés pour l'extraction qu'à l'opération elle-même. En résumé, selon la phrase de Jacolucci : « la statistique de « la symphyséotomie comprend les résultats de l'opération « et ceux des fautes des opérateurs ».

Je ne parle que pour mémoire des lésions de l'urèthre ou de la vessie consécutives à l'opération, parce qu'il est de

toute évidence que celles-là ne doivent pas être attribuées à l'acte opératoire, mais plutôt au manque de prudence de celui qui l'exécutait : « *dell'artefice son colpa e non del arte* ».

J'ajouterai enfin que la réunion de la symphyse divisée et la consolidation du bassin s'effectuent généralement en deux ou quatre semaines après l'opération, et que les femmes opérées ne présentent aucun trouble de la marche.

Vous avez eu l'occasion de vous rassurer sur ce point par l'examen de la femme que je vous ai présentée, laquelle a été déjà opérée deux fois ; et par celui des autres femmes qui ont été opérées dans la clinique et que vous avez eu l'occasion d'observer avant leur départ.

Le manuel opératoire est le suivant : La femme est placée sur le bord du lit dans la position classique, et endormie. L'opérateur se place devant. Ayant rasé et soigneusement désinfecté les parties génitales et l'hypogastre, on introduit, dans la vessie une sonde de femme en métal ; puis on fait, à deux centimètres du bord supérieur de la symphyse, une incision verticale de 2-3 centimètres de long ; les tissus sont incisés jusqu'à ce qu'on arrive au bord supérieur de l'articulation ; on décolle les tissus rétro-pubiens en rasant la face postérieure de la symphyse, et par cette voie on introduit, sous le contrôle du doigt, l'instrument que vous voyez et qui n'est autre que la faucille de Galbiati, sorte de bistouri fort, boutonné et recourbé sur le tranchant. Le bouton dépasse le bord inférieur de l'articulation, sur laquelle vient appuyer le tranchant courbe de l'instrument : ensuite avec un mouvement d'élévation et d'inclinaison en avant du manche, la jointure est divisée de bas en haut et d'arrière en avant.

J'ajouterai que je n'ai pas toujours employé la faucille pour diviser l'articulation ; plus d'une fois, je me suis servi d'un bistouri boutonné à lame courte et résistante et l'articulation fut attaquée d'avant en arrière. J'eus recours pour la première fois à ce procédé pour un accident arrivé au milieu d'une opération ; la faucille se cassa au moment où je

commençais la section de l'articulation ; l'opération fut achevée sans difficulté et sans inconvénient.

Lorsqu'on a fait la section de la symphyse, on abandonne l'accouchement à la nature, si les contractions utérines sont suffisamment énergiques et efficaces. Dans le cas contraire, on fait l'extraction avec le forceps en ayant soin d'exercer une pression modérée sur les trochanters pendant la traction, afin d'éviter l'écartement brusque des os iliaques.

L'accouchement terminé, on nettoie la plaie, on fait des lavages antiseptiques après l'hémostase et on applique une suture à points séparés. Le pansement se fait avec du coton et une ceinture.

Je ne parlerai pas de quelques modifications apportées à ce procédé parce que je les considère comme sans importance. J'indiquerai seulement que, dans la dernière séance du Congrès d'obstétrique et de gynécologie, le Dr Mancusi, ancien assistant de cette clinique, a proposé de substituer à la faucille un scalpel avec deux guides protecteurs, afin d'attaquer l'articulation de haut en bas d'une façon qu'il croit plus facile et plus rapide.

Je vous présente aussi un instrument que le Dr Spinelli a fait construire par Mathieu à Paris. Il est formé d'un scalpel et d'un manche.

La lame du scalpel est triple ; chaque lame est de longueur différente pour répondre aux différences de longueur que peut présenter la symphyse.

Le manche est unique et peut être vissé à chaque lame. Sur une des faces des scalpels on trouve une échelle graduée et un curseur qui sert, une fois fixé, à limiter le tranchant d'après les diverses hauteurs de la symphyse mesurée d'avance. Chaque lame est de plus pourvue d'un double guide protecteur qui empêche la lésion des tissus placés devant ou derrière l'articulation.

Je vous ai déjà fait quelques remarques à propos de cette manière d'ouvrir la symphyse avec le scalpel, et il n'est pas nécessaire d'y revenir. Certainement cet instrument de

Spinelli est ingénieux et même élégant et, à conditions égales, pourrait être préféré à un autre semblable.

Je finirai en vous remerciant de l'attention bienveillante avec laquelle vous avez bien voulu suivre cette conférence, et en faisant des vœux pour que, triomphant enfin de la défiance et du discrédit, avec la coopération de nos illustres collègues, l'opération de la symphyséotomie reprenne dans la pratique la place qu'elle mérite. Ce sera la meilleure des récompenses du travail et du temps employés pour la mettre en lumière et la faire justement apprécier (1).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INFLUENCE DU TRAITEMENT DES MÈRES SYPHILITIQUES, SURTOUT PENDANT LA GROSSESSE, SUR LA SANTÉ DES NOUVEAU-NÉS

Par **Georges Étienne**, interne des hôpitaux de Nancy.

Depuis quelques années, on a beaucoup étudié les rapports réciproques de la syphilis et de la grossesse ; les travaux de M. le professeur Fournier, surtout, ont imprimé à toute cette partie de la syphiligraphie un véritable essor. Ainsi qu'il l'a démontré, si la grossesse complique la syphilis et lui donne un véritable coup de fouet, en revanche, sous la double influence de la vérole et de la grossesse s'établit

---

(1) J'avais déjà fait cette conférence quand j'eus l'occasion de lire la savante leçon faite par le Dr Pinard à la Clinique obstétricale de Paris (*Annales de gynécologie*, 15 février 1892). La question y est magistralement exposée ; je désire que l'illustre chef de la Clinique française puisse au plus tôt se convaincre sur la femme vivante des bienfaits de la section de la symphyse.

En attendant, je le prie de vouloir bien agréer l'expression de mes plus sincères remerciements pour les paroles pleines de courtoisie qu'il m'adresse au cours de sa leçon.

un état général grave qui, à son tour, réagit sur la grossesse et peut amener soit l'expulsion d'un fœtus avant le terme de sa viabilité, soit l'expulsion au terme normal d'un fœtus mort ou qui, s'il naît vivant, ne tarde pas à succomber. *Fréquence de l'avortement et mortalité énorme des enfants nés vivants*, tel est, en deux mots, le résultat de l'action de la syphilis sur la grossesse. Nous pensons que cette fréquence est encore bien plus grande en réalité qu'on ne le croit généralement en se basant sur les statistiques publiées jusqu'à présent.

Heureusement, à côté de cette effrayante mortalité, nous connaissons l'influence favorable du traitement spécifique sur les avortements dus à la syphilis.

Néanmoins, si l'on est d'accord sur le fond même de ces questions, on constate chez les auteurs de très grandes divergences d'opinion sur certains points de détail qui demandent encore à être élucidés. C'est pourquoi nous voudrions rapporter ici une statistique qui nous paraît très concluante et qui démontre l'heureuse influence du traitement de la mère sur la vitalité du nouveau-né au moment même de l'accouchement.

Nous avons systématiquement et minutieusement recherché les accidents ou les antécédents syphilitiques chez toutes les femmes qui ont été à la Maternité de Nancy pendant notre année d'internat dans le service de M. le professeur Alph. Herrgott. Nous avons pu ainsi observer trente-deux cas de grossesse chez des femmes syphilitiques. Ce sont eux que nous allons rapporter ici.

Nous avons divisé nos observations en 3 catégories :

1) Syphilis non traitée.

2) Syphilis traitée avant la grossesse.

3) Syphilis traitée pendant la grossesse.

Puis, après avoir donné les résultats obtenus par notre statistique personnelle au point de vue de l'influence du traitement, nous chercherons à les contrôler par ceux que nous fourniront les archives de la Maternité de Nancy, et enfin

nous profiterons de ces recherches pour apporter sur d'autres points intéressants de l'hérédo-syphilis quelques données, nouvelles, croyons-nous, parce que nous partirons toujours de ce double point de départ : *syphilis traitée*, *syphilis non traitée.*

I. — Syphilis non traitée.

Dans cette première catégorie nous avons 17 femmes qui depuis le début de leur syphilis ont eu 21 grossesses. Malgré l'innombrable quantité d'observations de ce genre publiées, nous devons, pour la clarté des conclusions, rapporter ici les principaux traits de nos 17 cas.

Obs. 1. — 22 ans, primipare, ouvrière. Chancres aux parties génitales il y a 5 ans. Non traitée. Terme vers le 30 janvier. Ne sent plus remuer depuis vers le 1er novembre; ballottement fœtal depuis cette époque.

Accouche le 24 novembre d'un fœtus de 7 mois, *macéré*. Placenta granulo-graisseux avec trace d'hémorrhagies anciennes.

Dans ce cas, cette syphilis non traitée n'a encore subi, depuis 5 ans, aucune atténuation du fait du temps.

Obs. 2. — 21 ans, primipare, domestique. Dans les premiers temps de sa grossesse, cette femme présente des manifestations spécifiques très nettes : chancre aux grandes lèvres, ganglions inguinaux, roséole sur le thorax, alopécie.

Accouche le 28 septembre 1891, d'un fœtus pesant 180 gr. Placenta ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse complète et pesant 230 gr. (1). (Expulsion de l'œuf en bloc.)

Obs. 3. — 20 ans, primipare, domestique. A son entrée dans le service, elle présente sur les parois abdominales, les cuisses, les bras, des éruptions discrètes de papules lenticulaires bien caractérisées.

Expulsion le 3 janvier 1891 d'un fœtus de 300 gr. Dégénérescence granulo-graisseuse du placenta.

(1) Pour le poids de ces placentas, voir plus loin.

Obs. 4. — 19 ans, primipare, ouvrière. Au 2e mois de sa grossesse, elle constate la présence d'un chancre siégeant aux parties génitales externes, avec ganglions dans le pli de l'aine, puis roséole, maux de gorge persistants, céphalée intense. Accouche à 6 mois d'un *fœtus macéré*.

Le placenta, blanc jaunâtre, très volumineux, pesant 900 gr., a subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

Obs. 5. — 19 ans, brodeuse, primipare. Alopécie depuis le début de la grossesse ; plaques muqueuses à l'ombilic ; syphilides papulo-hypertrophiques sur la face externe des grandes lèvres, sur la face interne de la cuisse gauche, et dans le sillon génito-crural, ganglions volumineux dans l'aine.

Accouche à 7 mois 1/2 d'un enfant mort, sclérosé ; placenta granulo-graisseux.

Obs. 6. — 20 ans, primipare. Chancre passé inaperçu. Depuis le 3e mois, alopécie, céphalées nocturnes, mal de gorge. Depuis cette époque elle a présenté sur le thorax, le dos, la nuque, des papules non prurigineuses, laissant comme traces de petites taches brunâtres, cuivrées, vernissées.

Accouche à 7 mois 1/2 d'un enfant *macéré*.

A l'autopsie de l'enfant, on trouve dans la cavité abdominale une grande quantité de liquide citrin; foie jaunâtre à la coupe, reins décolorés, pâles. Rate volumineuse, congestionnée. Dégénérescence granulo-graisseuse complète du placenta qui pèse 970 gr.

Obs. 7. — 21 ans, primipare. Chancre induré débutant au 4e mois de la grossesse.

Accouche à 7 mois d'un enfant *macéré*. Placenta granulo-graisseux.

Obs. 8. — 22 ans, primipare, caissière. Ne sait quand elle a eu le chancre. A son entrée au service, présente des plaques hypertrophiques des grandes lèvres; la grande lèvre gauche est tuméfiée et sclérosée ; c'est un vrai type de *l'œdème dur* des grandes lèvres, décrit d'abord par Martin et Belhomme, véritable lymphangite du tissu cellulaire.

Rhagades profondes à sa face externe. Ganglions dans l'aine gauche.

Accouche d'un fœtus *macéré* pesant 2,640 gr. Placenta dégénéré.

Obs. 9. — 20 ans, primipare. Terme vers le 15 janvier. Pendant les 3 premiers mois de la grossesse, céphalées, angine, grande faiblesse.

« Bouton » aux parties avec adénopathie inguinale. Traces de papules aux niveau de la face interne des grandes lèvres. Éphélides syphilitiques. Aurait senti remuer à 4 mois 1/2.

Le 27 décembre, premières douleurs à 6 heures du soir. Accouche d'un fœtus *macéré* qu'elle ne sentait plus remuer depuis une dizaine de jours.

Obs. 10. — 31 ans ; 7e grossesse. Pendant sa première grossesse, la parturiente est atteinte d'une fièvre continue grave, qui dès les premiers jours provoque l'expulsion à 8 mois d'un garçon mort-né.

Puis, 5 grossesses normales, la dernière en avril 1890. Pendant l'hiver 1890, son mari contracte un chancre induré ; roséole, éruptions papuleuses ; angine. Traité une première fois à l'hôpital de la maison de secours, il vient d'y rentrer pour des plaques muqueuses qu'il présente actuellement à la bouche.

La femme a eu des rapports avec son mari dès le début de cette syphilis. Elle se serait aperçue, dès le commencement de sa grossesse, de la présence de ganglions inguinaux.

Depuis 3 mois, céphalée intense, surtout nocturne ; névralgies ; au même moment anémie très prononcée ; insomnie ; angine et laryngite.

A son entrée à la Maternité, elle présente des papules disséminées, petites, non prurigineuses ; papule hypertrophique, érosive, très volumineuse à la face interne de la grande lèvre droite, existant depuis environ un mois ; éphélides du cou.

Accouche d'un enfant macéré, âgé de 7 mois 1/2. Placenta dégénéré.

Obs. 11. — 23 ans ; primipare. L'accident primitif paraît au 3e mois de la grossesse. Roséole ; syphilides papuleuses des grandes lèvres. Hydramnios.

Accouche prématurément d'un enfant *vivant* pesant 1,640 gr. et ne présentant pas de lésions spécifiques.

Placenta volumineux, dégénéré. L'*enfant meurt* au 8e jour ; hémorrhagies dyscrasiques nasales et buccales.

Obs. 12. — 23 ans, ouvrière en chaussures ; 3e grossesse.

Les accidents syphilitiques ont débuté il y a 4 ans, quelque

temps après son mariage, par un chancre aux parties ; puis roséole, plaques muqueuses à la gorge, alopécie. 1re grossesse en 1888. Accouche à 6 mois 1/2 en S.I.G.A. d'une fille pesant 1,100 gr. mort-née.

A ce moment la mère présentait des papules hypertrophiques.

2e grossesse, 1889. Accouche d'un garçon *mort à 4 mois.*

3e grossesse, 1891. La femme n'aurait plus présenté d'accidents spécifiques.

Accouche d'une fille *vivante* pesant 2,670 gr.

Au 11e jour après la naissance, on constate la présence sur l'enfant de taches érythémateuses légèrement papuleuses.

A la fin du 1er mois, érythème spécifique, scarlatiniforme ; 2 papules bien caractérisées à la région inguinale ; fissures de la commissure labiale et de l'anus ; pendant le courant du 2e mois, gommes cutanées. *Mort.*

Obs. 13. — 19 ans, primipare. Fin des dernières règles le 25 mars. Terme vers le 30 novembre.

Trois semaines avant son accouchement, éruption papuleuse à la face et à la partie antérieure de l'abdomen et du thorax.

28 novembre. Accouche en S.I.D.P. d'une fille *vivante* pesant 2,840 gr.

12 décembre. L'enfant présente un *érythème spécifique* des fesses, au pourtour de l'anus et des cuisses.

Traitement mercuriel, guérison.

Obs. 14. — 24 ans, domestique. 2e grossesse.

1re grossesse à 20 ans. Accouche au 7e *mois* d'un garçon qui a crié et *est mort immédiatement.*

Bulles de pemphigus aux mains et aux pieds ; gomme suppurée au sommet du poumon droit.

2e grossesse. Normale. Accouche à *terme* d'un garçon vivant pesant 3,050 gr. Délivrance normale.

Pleurésie pendant les suites des couches. Quelques jours après l'accouchement, l'enfant présente une lésion squameuse siégeant au-dessous et à droite de la cavité buccale.

Hémorrhagies nasales et buccales. Purpura. *Mort au 7e jour.*

Obs. 15. — Éruption de petites papules non prurigineuses à la face et à la partie antérieure du thorax. La parturiente affirme n'avoir jamais eu aucune lésion aux parties génitales.

Accouche le 1er mars 1891, sans autre cause connue, d'un fœtus de 5 mois *macéré*. Placenta granulo-graisseux.

Obs. 16. — 18 ans, primipare. Pour toute lésion spécifique, cette femme présente des *éphélides syphilitiques* bien nettes ; c'est un réticulum pigmenté, formé par la juxtaposition de taches bistrées, se touchant et se fondant sur les bords, en englobant des îlots de peau blanche ; la lésion siège exclusivement sur les parties latérales du cou. Dans ces conditions, ces éphélides doivent être considérées comme caractéristiques (1).

Cette femme dit n'avoir jamais eu d'autres manifestations, notamment pas de chancre.

Accouche le 28 novembre 1890 d'un *fœtus macéré* pesant 2,130 gr. Placenta blanchâtre, granulo-graisseux.

Dans ces deux dernières observations (15 et 16), la question de la syphilis *par conception* peut évidemment se poser, puisque chez des femmes enceintes, présentant des lésions spécifiques récentes, accouchées d'enfants morts du fait de la syphilis, on ne trouve pas trace de l'accident primitif.

Obs. 17. — 22 ans, 3e grossesse. Deux grossesses précédentes ont été normales.

3e grossesse. — Expulsion d'un fœtus, âgé de 4 mois, retenu dans l'utérus pendant 5 mois après sa mort, qui est survenue sans cause appréciable.

La femme ne présente actuellement aucune trace de lésion syphilitique et nie absolument tout antécédent. Mais elle nous dit que son mari a été malade ; que ses cheveux sont tombés tout à coup ; qu'il a eu plusieurs éruptions de boutons sur le corps et le front, de fréquents maux de gorge ; enfin elle sait qu'il s'est fait soigner à son insu. Il faut donc très probablement mettre sur le compte d'une syphilis paternelle cet avortement inexpliqué.

Si à ces 17 observations qui nous donnent 20 enfants susceptibles d'être entachés de syphilis nous joignons un enfant né avant l'intervention du traitement dans l'observation

(1) Renault. Société française de dermatologie et syphiligraphie ; séance du 23 juillet 1891. Fournier. Spillmann... — Saintin. Thèse de Nancy, 1884.

n° 22 ci-dessous, nous arrivons au total de 21 enfants, don t le sort est résumé par le tableau suivant :

Syphilis non traitée, 22.	Enfants mort-nés 17, soit 76,5 0/0.	Avortements . . .	7 ou	32,25 0/0		76,5 0/0.
		Accouch.prémat.	9	41,75 0/0		
		A terme.	0	»	»	
	Enfants vivants 5, soit 23,5 0/0.	Accouch.prémat.	4	19	0/0	23,5 0/0.
		A terme.	1	4,5	0/0	

De ces 5 enfants vivants 4 sont morts rapidement ; le 5e a présenté des lésions manifestement syphilitiques.

Ajoutons encore que très souvent nous avons noté une augmentation très considérable du volume du placenta, ainsi que Corréa Diaz (1) l'a déjà indiqué. En effet, si, d'après Zentler (2), chez des enfants sains et à terme, on trouve que sur des enfants dont le poids moyen est de 2,776 gr., le poids moyen du placenta est de 479 gr, Corréa Diaz a trouvé que :

Chez 34 enfants	syphilitiques	à terme	pesant en moyenne	2,919 gr.,	le placenta	pesait en moyenne	681 gr.
—	—	dans le 8e mois	—	2,321	—	—	603
—	—	dans le 7e mois	—	1,547	—	—	532
2	—	dans le 6e mois	—	830	—	—	350
2	—	dans le 5e mois	—	675	—	—	160
1	—	à 4 1 2	—	200	—	—	180

Or, dans trois de nos cas, l'hypertrophie du placenta dégénéré était vraiment énorme :

Obs. n° 2	fœtus pesant	150 gr.	placenta pesant	230 gr.
Obs. n° 4	—	1500 —	—	900 —
Obs. n° 6	âgé de 7 mois 1/2		—	970 —

II. — Syphilis traitée avant la grossesse.

Obs. 18. — 22 ans, fille publique, primipare. Il y a un an, cette femme a été traitée pendant 4 mois au service des vénériennes (pil. de protoiodure). 20 janvier 1892. Expulsion d'un fœtus MACÉRÉ,

(1) De l'hypertrophie du placenta dans les cas de syphilis. Paris, Th. 1891.
(2) Th. Paris, 1891.

âgé de 6 mois. Placenta granulo-graisseux, complètement dégénéré. Elle ne sentait plus remuer depuis 15 jours.

Obs. 19. — 29 ans, fille publique, primipare. En juillet 1889, séjour de 2 mois au service des vénériennes; traitement par des pilules de protoiodure pour un chancre et des accidents secondaires, ces derniers ayant débuté 15 jours avant son entrée. Elle n'aurait plus eu d'accidents depuis cette époque. Antécédents alcooliques. Claudication bilatérale; ensellure lombaire. (Type bassin à double luxation, léger rétrécissement.) A son entrée à la Maternité (8 janvier 1892), albuminurie, vomissements, céphalée persistante.

11 janvier. Accouche en O.I.D.P. d'une fille *vivante* pesant 2,000 gr. Délivrance normale.

Obs. 20. — 19 ans, ouvrière en dentelles, primipare. En novembre 1889, chancre induré de la grande lèvre droite ; roséole un mois après. A ce moment elle suivit un traitement qui ne fut pas renouvelé.

Le 26 février 1891, elle accouche normalement en O.I.G.A. d'une fille pésant 3,200 gr. parfaitement constituée. Elle nous dit avoir eu une éruption pendant le 5e mois de sa grossesse.

Obs. 21. — 32 ans, ouvrière en chaussures, 7e grossesse. 1re grossesse à 19 ans, fausse couche. Depuis, 5 grossesses normales. A eu, en 1889, un chancre induré avec ganglions inguinaux, suivi d'une anémie très prononcée, puis d'une éruption.

Elle a été traitée en ce moment au service des vénériennes par des frictions mercurielles, des pilules de protoiodure et de l'iodure.

Le 4 mars 1891, elle accouche normalement d'un garçon pesant 3,250 gr., *parfaitement constitué.*

Obs. 22. — 25 ans, domestique, secondipare. A eu un chancre aux parties en 1888, puis une roséole légère et une éruption du cuir chevelu. Enceinte à ce moment, elle accouche prématurément d'un garçon macéré (S.I.D.P.) âgé de 7 mois; placenta dégénéré, blanc, lardacé. Elle fut alors traitée pendant 2 mois au service des vénériennes (protoiodure). Pas de nouveau traitement depuis cette époque.

Accouche le 8 avril 1891 de deux jumeaux *à terme.*

Voici le bilan de cette 2e catégorie :

Syphilis traitée antérieurement à la grossesse, 5 cas.	Enfants mort-nés 1 soit 16,5 0/0.	Avortement...........	1, soit 16,50/0
		Accouch. prématuré...	0
		A terme...............	0
	Enfants vivants 5 soit 83 0/0	Accouch. prématuré...	1, soit 16,50/0
		A terme...............	4 (dont 2 jum.) soit 66,50/0

III. — Syphilis traitée pendant la grossesse.

Nous avons 10 observations qui rentrent dans ce cas :

Obs. 23. — 20 ans, lingère. Primipare. Aurait commencé à sentir remuer vers la fin de septembre, névralgie dentaire très douloureuse pendant presque tout le cours de la grossesse (1).

A son entrée dans le service, au 7e mois de la grossesse, elle présente des papules lenticulaires à la partie interne des cuisses et à la face externe des grandes lèvres ; ganglions indurés dans l'aine ; cicatrices aux commissures labiales ; éruption papulo-croûteuse du cuir chevelu et de la nuque.

Traitement par le protoiodure de mercure, 5 centigr. par jour.

Traces d'albumine dans l'urine.

1er février. Accouche prématurément à 8 mois, d'un *enfant vivant, mais malingre*, pesant 2,400 gr.

Obs. 24. — 22 ans, domestique, primipare. En 1890, elle a contracté un chancre induré à la partie interne de la petite lèvre gauche ; œdème considérable des petites lèvres. Pléiade ganglionnaire dans l'aine, manifestations secondaires. En outre, vaginite blennorrhagique et métrite légère.

Tuberculose pulmonaire au début.

L'accident primitif a paru 2 mois avant le début de la grossesse.

---

(1) M. le professeur Augagneur attribue une très grande importance diagnostique à la présence de ces névralgies pendant la grossesse. « Jamais vous ne verrez les douleurs névralgiques plus violentes que chez les femmes grosses atteintes d'une syphilis récente. Parfois c'est le principal symptôme et je vous engage, quand vous serez consultés par une femme récemment mariée au début d'une grossesse, souffrant d'intolérables névralgies, à rechercher la syphilis. » *Province médicale*, 1891.

De fait, nous avons plusieurs fois observé ce phénomène.

— Elle entre alors au service des vénériennes, où elle est traitée, pendant tout le cours de la gestation, par les pilules de protoiodure et des frictions mercurielles.

Elle accouche à la Maternité, à terme, d'un garçon pesant 3,400 gr., *très bien portant.*

Obs. 25. — 19 ans, couturière, primipare. En janvier 1890, cette fille a eu un chancre induré à la petite lèvre gauche, un mois environ après le coït suspect. Roséole 2 mois après le début du chancre ; puis éruption papuleuse.

Entre au service des vénériennes en février et y est traitée par des pilules de protoiodure. Sortie du service en juillet, elle y rentre au 2e mois de sa grossesse, présentant des papules hypertrophiques de la vulve.

Pilules de protoiodure, puis sirop de Gibert; sortie en décembre, elle continue à prendre du sirop de Gibert et se fait des frictions mercurielles.

Elle accouche le 24 juin, à terme, d'une fille pesant 3,070 gr., *très bien constituée.* Placenta normal.

Obs. 26. — 20 ans, domestique. Primipare. Au 2e mois de sa grossesse, elle constate la présence de « boutons » à la grande lèvre gauche, alopécie.

Elle se présente au service des vénériennes pendant le 7e mois de sa grossesse. D'un pli génito-crural à l'autre et sur tout le périnée, toute la surface est occupée par une masse d'énormes papules végétantes, serrées les unes contre les autres, ayant absolument la forme et la couleur des efflorescences du papillome ou chou-fleur. Entre ces paquets, on trouve des papules indépendantes, plus petites, bien caractérisées. Suintement très abondant, sanieux ; par places, desquamation épithéliale avec petites ulcérations.

Plaques muqueuses de la bouche et des lèvres ; angine spécifique.

Traitement énergique par des frictions mercurielles et l'iodure de potassium ; lavage des lésions suintantes avec une solution de permanganate de potasse.

Les végétations ont déjà notablement diminué de volume et de nombre après 7 jours de traitement mercuriel ; elles continuent ensuite à décroître progressivement.

Accouche le 7 février, en O.I.G.A, d'un garçon pesant 3,100 gr., *bien portant.*

Obs. 27. — 23 ans. Primipare. Entrée au service des vénériennes en janvier 1891, au 3e mois de sa grossesse, présentant des accidents syphilitiques précoces ; éruption papuleuse.

Traitement énergique par des pilules de protoiodure.

Lorsque la femme arrive à la Maternité, on constate la présence de papules hypertrophiques des grandes lèvres ; elle n'en accouche pas moins normalement d'une fille pesant 3,000 gr., *bien portante,* qui prospère.

Obs. 28. — 21 ans. Primipare. Entrée le 27 février au service des vénériennes. 3e mois de sa grossesse ; érosion de la face interne des petites lèvres ; papules hypertrophiques. Vaginite.

Elle est soumise à un traitement actif.

Accouche à terme d'un garçon pesant 3,180 gr., *bien portant,* prospère.

Obs. 29. — 24 ans, domestique. Primipare. A été traitée à l'hôpital civil, en mars 1889, par des frictions mercurielles, pour une roséole, une angine et l'adénite spécifique. Sortie après 2 mois de traitement.

Rentrée à l'hôpital civil en juillet 1890, pour une tuberculose pulmonaire au début. Evacuée, elle est admise à la Maternité le 30 décembre et soumise au traitement mercuriel (protoiodure 0,05 centigr. par jour).

Accouche à terme le 28 mars d'un *garçon vivant* pesant 3,350 gr., *bien constitué.* Cordon très volumineux et court.

Obs. 30. — 20 ans, domestique. Primipare. Vers le 4e mois de sa grossesse, apparition à la grande lèvre droite, d'œdème et d'un chancre induré dont il persiste une cicatrice blanchâtre ; ulcérations.

Entrée alors au service des vénériennes, cette malade est soumise à un traitement prolongé (protoiodure) jusqu'à la fin de sa grossesse.

Accouche le 21 novembre d'une *fille vivante* pesant 2,680 gr. Légère hémorrhagie de la délivrance.

Obs. 31. — 22 ans. Secondipare. Première grossesse normale en 1886. 2e grossesse. Apparition du chancre au 5e mois de la grossesse.

Traitée depuis le 6e mois à l'hôpital de la Maison de secours; syphilides vulvaires. Gale, eczéma parasitaire des mamelons.

Accouche à terme d'une fille pesant 2,840 gr.; *bien portante*. Allaitement artificiel.

Obs. 32. — 21 ans. Secondipare. 1re grossesse, normale, à 19 ans; accouche d'une fille actuellement bien portante.

Grossesse actuelle, normale jusque dans la courant du 8e mois; à ce moment, elle se présente au service des vénériennes, avec un chancre induré extra-génital de la lèvre supérieure, très récent, typique, de la grosseur d'une pièce de 1 franc.

Les ganglions sous-maxillaires sont indurés; puis on voit se développer des syphilides papulo-hypertrophiques des replis génito-cruraux; syphilides croûteuses des grandes lèvres; syphilides papuleuses lenticulaires sous les seins; alopécie latérale caractéristique (2e degré, d'après M. Fournier) (1).

On applique immédiatement le traitement mercuriel, 3 frictions par semaine; 1 gr. d'iodure de potassium tous les jours. La parturiente accouche à terme d'une fille *bien portante* pesant 3,640 gr. Délivrance normale.

L'enfant a une *hémorrhagie gastro-intestinale* au 2e jour. Placé au biberon.

Le 20 janvier 1892, l'enfant est atteint d'hémorrhagie du voile du palais; on découvre la présence d'une petite plaque ulcérée.

Le 22, l'ulcération s'est étendue à la partie postérieure de l'arcade dentaire supérieure droite; autre petite ulcération le long de l'arcade dentaire supérieure en avant. Sirop de Gibert, une 1/2 cuillerée à café par jour.

La mère est atteinte d'une pneumonie très grave.

Cette dernière observation offre un très grand intérêt parce qu'elle montre un enfant présentant des hémorrhagies dyscrasiques précoces, puis des ulcérations de nature spécifique chez une femme infectée seulement dans le courant du 8e mois, alors que la plupart des auteurs s'accordent à déclarer qu'à ce moment l'infection du fœtus ne se fait plus et

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1888.

que, dans ce cas, l'enfant naît sain; Neumann déjà a rapporté un fait semblable.

Nous devrons revenir, du reste, plus loin sur ce sujet.

Voici le résumé de ces 10 observations :

Syphilis traitée pendant le cours de la grossesse, 10 cas.	Enfants mort-nés.	Avortement	0.
		Accouch. prématuré..	0.
		A terme	0.
	Enfants vivants, 100 0/0.	Accouch. prématuré..	2, soit : 20 0/0.
		A terme.............	8, — 80 0/0.

On voit donc, en somme, que nous arrivons à une proportion de 76,5 0/0 d'enfants mort-nés, dont 32 0/0 avant le 6e mois, alors que la mère atteinte de syphilis n'a jamais subi l'influence du traitement.

Des 5 enfants nés vivants, 4 ont très rapidement succombé, et le 5e était manifestement syphilitique, c'est donc : une mortalité de 95 0/0, et une morbidité de 100 0/0.

Cette mortalité tombe à 16,5 0/0 quand la femme a été traitée antérieurement à sa grossesse, et dans 66 0/0 des cas le fœtus est né à terme.

Sur 10 cas, nous arrivons à une MORTALITÉ NULLE, quand la syphilis se produit pendant la grossesse et qu'elle a été influencée par le traitement *pendant le courant même de la grossesse*, et dans 80 0/0 des cas, la grossesse a complètement atteint son terme, en donnant des enfants parfaitement bien portants et parfois même d'un poids supérieur à notre moyenne.

C'est là certainement le plus beau résultat auquel il soit possible d'arriver, surtout si l'on remarque que dans la plupart de ces observations, nous avons affaire à une syphilis récente, dans sa première année, « l'*année terrible* », et même ayant souvent débuté avec la grossesse.

M. Fournier (1) déjà a démontré ces excellents effets du traitement. S'il arrive à une mortalité à peu près nulle quand le traitement des parents a été très prolongé, il trouve encore

(1) FOURNIER. *L'hérédité syphilitique*, p. 135.

une mortalité de 36 0/0 quand le traitement a été *moyen*, c'est-à-dire s'élevant à plus d'une année. Dans nos cas, la médication spécifique a presque toujours eu une durée beaucoup moindre, mais *elle est intervenue pendant l'évolution même de la grossesse.*

Nous savons que le traitement mercuriel nous donne ce résultat de deux façons : 1° d'abord par amélioration de l'état général de la mère ; 2° par action directe sur le fœtus. En effet, MM. Cathelineau et Stef (1) nous ont démontré que le mercure passe de l'organisme maternel, à travers le placenta, dans l'organisme fœtal, fœtus et annexes où ils l'ont retrouvé par l'électrolyse. « En résumé, concluent-ils, nous voyons que le passage du mercure de la mère au fœtus est nettement établi ; que ce mercure se retrouve non seulement dans le fœtus, mais encore dans le placenta et le liquide amniotique. »

Nous voici bien loin, on le voit, de l'opinion de ceux qui, comme Colson après les anciens, admettaient que le mercure absorbé par la mère peut être une cause d'avortement ! « Dans les cas de grossesse, disait-il, l'usage des préparations mercurielles est extrêmement pernicieux pour la mère et le fœtus » (2).

Huguier défendait cette même théorie à la tribune de l'Académie des sciences : « L'avortement chez les femmes vérolées est plutôt la conséquence de l'usage des mercuriaux que de la maladie elle-même » (3).

Rappelons que, même en 1878, Fonssagrives soutenait encore cet avis (4).

On sait que Ricord fut le premier à déclarer d'une manière absolue que le mercure convient à la grossesse syphilitique.

Le mercure peut, il est vrai, avoir une action abortive

---

(1) CATHELINEAU et STEF. *Annales de dermatologie*, 1890, p. 972 et suiv. — STEF. *Mercure et grossesse*. Th. Paris, 1891.

(2) *Archives de méd.*, 1828. 1re série, t. XVIII.

(3) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1840

(4) *Dictionnaire encycl. des sciences méd.*

réelle, mais c'est quand son emploi arrive à produire une véritable intoxication, comme Lizé (du Mans) l'a observé chez les ouvrières chapelières qui manient continuellement des produits hydrargyriques.

Dans ces cas, il a observé en effet :

1) Quand le père seul est soumis à l'influence du mercure, sur 10 grossesses : 2 accouchements prématurés; 2 mort-nés; 2 enfants morts de 4 mois à 2 ans ;

2) Quand le père et la mère sont soumis à l'influence du mercure, sur 14 grossesses : 5 accouchements prématurés; 5 mort-nés; 6 morts avant 5 ans ;

3) Quand la mère seule est soumise à l'influence du mercure, sur 7 grossesses : 3 avortements, 1 mort-né ; 1 mort avant 3 ans 1/2.

Mais si le mercure est employé à doses thérapeutiques et avec prudence, les chiffres que nous venons de rapporter démontrent de la façon la plus éclatante la fausseté de ces hypothèses.

Quelques statistiques, cependant, n'accordent pas au traitement des résultats aussi extraordinairement favorables que la nôtre ; celle de M. Vallois (1), entre autres, trouve 8 enfants morts pour 17 femmes traitées.

Cet auteur a :

	Femmes traitées.	Femmes non traitées.
Enfants vivants.	53 0/0.	40 0/0.
— morts.	47.	60.

Soit un bénéfice de 13 0/0 en faveur des femmes traitées; Mewiz (2) trouve une augmentation de 10 0/0 dans le nombre des enfants nés à terme.

---

(1) *Contribution à l'étude de la syphilis chez la femme enceinte*. Th. Nancy, 1883.

(2) MEWIS. *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynæk*, Bd IV, heft 1, p. 10, 1881.

Kassowitz (1) obtient les résultats suivants, bien plus considérables, et se rapprochant plus des nôtres :

Femmes traitées par les frictions mercurielles ;		couches normales,		100 0/0
—	— le bichlorure ;	—	—	85
—	— KI ou traitement mixte ;	—	—	70

Soit une moyenne de 75 couches normales pour 100.

Si maintenant nous considérons seulement les 2 premières catégories, nous trouvons une proportion de 92 couches normales chez des femmes traitées par le mercure, proportion identique à celle que nous rapportons plus loin à la statistique générale de la Maternité de Nancy. Cette statistique de Kassowitz nous amène à rapporter encore celle de Weber (2), de Saint-Pétersbourg, dont les résultats sont bizarres.

Sur 35	femmes syphilit.	enceintes soignées	simplement localement ou pas du tout :	20 0/0 d'acc^t avant terme.
85	—	—	par des frictions externes :	pas de troubles.
23	—	—	» frictions externes et KI :	37 0/0 avant terme.
19	—	—	» KI sublimé intra :	15 0/0.
17	—	—	» KI seul :	40 0/0.

Ainsi il y aurait plus d'avortements avec un traitement par l'iodure de potassium joint aux frictions mercurielles, que quand il n'y a pas de traitement, et Weber conclut : « L'action désastreuse du traitement général ne correspond en aucune manière à la durée, mais plutôt à son action sur les organes de la digestion ».

Dans les cas rapportés dans notre travail, les femmes ont été traitées soit par les frictions, soit par les pilules de protoiodure, soit par le sirop de Gibert, et on peut voir que nous n'avons observé aucun résultat semblable, puisque notre statistique est la plus favorable que nous ayons pu trouver : mortalité à la naissance = 0.

Après avoir donné les chiffres que nous avons obtenus et qui établissent de la façon la plus nette, l'influence heureuse du traitement sur la marche de la grossesse chez les femmes

(1) *Die Vererbung der Syphilis in Strickers Jahrbücher.* 1875, p. 469.

(2) *Allgem. med. Cent. Zeitung*, 26 février 1875.

syphilitiques, nous devons rapporter l'observation suivante qui montre l'atténuation progressive de l'action spécifique par le temps seul, en dehors de tout traitement; on voit que, comme dit M. Fournier, le temps use, atténue l'influence hérédo-syphilitique.

Obs. 33. — Femme de 30 ans, domestique. Syphilitique.

1re *grossesse*, à 20 ans. Enfant MORT vers le SEPTIÈME mois de la grossesse; macéré. Placenta dégénéré.

2e *grossesse*, à 21 ans. Enfant MORT au HUITIÈME mois de la grossesse; macéré. Placenta dégénéré.

3e *grossesse*. Enfant *vivant*, faible; mourut le JOUR de sa naissance.

4e *grossesse*. Enfant *vivant*, mort à 2 mois; accidents laryngés.

5e *grossesse*. Fille, actuellement bien portante, âgée de 4 ans.

6e *grossesse* (10 ans après la première). Grossesse gémellaire: accouche spontanément de deux filles à terme. Les enfants prospèrent.

Cette influence du temps peut se montrer même pendant l'évolution de la syphilis, dans la période tertiaire.

L'observation suivante en fait foi.

Obs. 34. — Femme âgée de 35 ans. A 24 ans, elle a eu son premier enfant à terme, garçon actuellement vivant.

Elle se marie ensuite avec un homme qui n'était pas le père de ce premier enfant. Depuis ce moment :

2e *grossesse*. Un AVORTEMENT à 6 mois, sans cause connue.

3e *grossesse*. Un AVORTEMENT à 7 mois, sans cause connue.

4e *grossesse*, à 32 ans. Accouche à TERME d'un garçon actuellement vivant

5e *grossesse*, à 33 ans. Accouche à TERME d'une fille actuellement vivante.

6e *grossesse*, à 35 ans. Elle se présente à la Maternité, présentant une céphalalgie intense, des vomissements, des vertiges: démarche difficile : elle tombe tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, sans rétro ou antéro-pulsion. Diplopie. Disparition presque complète de la partie droite du voile du palais; elle dit avoir eu des

ulcérations dans la bouche il y a deux ans, pendant la 5e grossesse (pas *de traitement*).

Frictions à l'onguent mercuriel, 4 gr. par jour, énorme amélioration en huit jours, déjà apparente dès le 4e jour; guérison.

Accouche 2 mois plus tard d'un garçon pesant 3,280 gr.; bien portant.

Cette observation, des plus intéressantes, nous montre donc :

1) La nocivité de la syphilis, par deux avortements successifs;

2) La possibilité de l'atténuation de la diathèse héréditaire de la syphilis avec le temps, sans intervention du traitement, comme dans l'observation précédente.

3) Que l'atténuation avec le temps peut se faire, la mère restant en puissance d'une syphilis continuant à évoluer. Si cette conclusion ne peut se tirer de la 6e et dernière grossesse, puisqu'il y a eu un traitement énergique institué, elle ressort avec évidence de la 5e grossesse, à la suite de laquelle la femme accouche d'un enfant à terme actuellement bien portant, et pendant laquelle cependant elle a présenté des lésions de la bouche.

4) Enfin, et réciproquement, que des enfants indemnes ne sont pas un brevet de sécurité pour les parents.

5) Il est à remarquer que des accidents tertiaires graves ont coïncidé avec l'évolution de ses deux dernières grossesses, 5e et 6e.

Cette observation est malheureusement la seule que nous puissions apporter pour l'étude de l'hérédité syphilitique à l'époque tertiaire. Des auteurs ont avancé qu'à ce moment l'enfant naît à peu près toujours sain, opinion qui nous semble exagérée; mais d'autre part, quand Neumann (1) donne une proportion de 69 0/0 d'enfants nés syphilitiques, après

---

(1) NEUMANN. *Société império-royale de médecine de Vienne*, séance du 8 janvier 1892.

avoir été procréés à la période tertiaire de la syphilis maternelle, on peut être étonné d'une semblable morbidité, la maladie ayant généralement subi l'atténuation du temps et du traitement.

En revanche si l'atténuation peut se produire pendant l'évolution même de la syphilis, l'influence nocive peut exister en dehors de tout accident spécifique pendant le cours de la grossesse. « Un certain nombre de femmes, dit Fournier, avortent par le fait exclusif de la syphilis, sans présenter en même temps, sans même avoir présenté depuis un temps plus ou moins reculé, de symptômes spécifiques appréciables ; c'est la *syphilis latente.* »

Dans ces cas, parfois, les enfants peuvent naître à terme, sains en apparence, mais frappés d'une sorte « d'inaptitude à la vie » ; c'est alors sous la forme d'une *polymortalité infantile* tout à fait anormale que peut se révéler la syphilis, comme dans l'observation suivante :

OBS. 35. — Femme de 36 ans, 6e grossesse.

1re *grossesse*. Elle accouche à terme d'un enfant bien constitué. QUI EST ACTUELLEMENT BIEN PORTANT.

Elle se marie ensuite ; le mari n'est pas le père de ce premier enfant, et est probablement syphilitique.

2e *grossesse*. Accouche d'un enfant vivant, faible ; meurt.

3e *grossesse*. Enfant vivant ; mort à 4 mois (convulsions).

4e *grossesse*. Enfant vivant ; mort en bas âge.

5e *grossesse*. Enfant vivant ; mort à 6 semaines (convulsions).

6e *grossesse*. Accouche d'une fille pesant 1.530 gr. ; morte au 22e jour (athrepsie).

Bien plus, parfois même, dans ces cas de syphilis latente, l'enfant est mort-né, ainsi que Neumann et Friedinger (1), entre autres, l'ont observé.

Après avoir établi cette statistique personnelle, nous avons cherché à la contrôler en consultant les nombreuses observations de syphilis conservées dans les archives de la Mater-

(1) *Communication à la Soc. império-royale de médecine de Vienne*, séance du 8 janvier 1892.

nité de Nancy. Nous avons réuni 86 cas, pour lesquels les détails sont suffisants et affirment le diagnostic. Nous ajouterons que la plupart des femmes dont nous avons les observations ont été traitées au service des vénériennes de l'hôpital de la Maison de secours, dirigé successivement par MM. les professeurs Spillmann, Schmidt et Vautrin, remarque importante puisqu'elle donne la plus grande somme de garanties au double point de vue du diagnostic et des soins apportés au traitement.

Voici les résultats que nous avons obtenus : D'abord, d'une FAÇON GÉNÉRALE, la *fréquence de l'avortement dans la syphilis.*

86 femmes ont eu, après le moment où elles ont contracté la syphilis, 103 enfants en 101 grossesses. Si nous ne nous occupons que des 86 grossesses dont nous avons les observations en mains, nous avons 86 enfants. Sur ceux-ci, nous trouvons :

34	enf. à terme (42 0/0)	dont 29	dans un état satisf.	(34 0/0)	3	syphil. à leur naiss.	(3 1/2 0/0)	1	mort-né (1 1/4 0/0)
24	— à 8 mois (25 3/4)	— 14	— --	(16 1/2)	3	— —	(3 1/2)	7	— (8 1/4 »)
14	— à 7 — (16 1/2)	— 6	vivants	(7 0/0)				8	— (9 1/2 »)
13	— av. le 7e m. (15 1/2)							13	— (15 1/2 »)
84		49		57 0/0	6			29	35 0/0
		55 vivants : 64 0/0							

On voit que la proportion des accouchements prématurés est de 43 0/0, celle des avortements proprement dits de 15 1/2 ; en réunissant ces deux chiffres, 58 0/0 des enfants sont venus *avant terme*. Dans les mêmes conditions, Fournier trouve dans une statistique de Lourcine (64 cas), une proportion de 65 0/0 ; Diday 61 0/0 ; Stoltz donne 66 0/0 ; M. Vallois (1), à Nancy en 1883, trouvait plus encore : 69 0/0 (sur 24 cas), tandis que Witehead donne seulement 45 0/0 ; Aneth 14 0/0 et Potton 10 0/0.

Sur 781 cas, en réunissant de nombreuses statistiques (Dunal, Fournier, Lepileur, Vallois.....), Charpentier trouve 302 grossesses interrompues avant terme, par accouchement prématuré ou par avortement, soit 42 0/0.

(1) *Loc. cit.*

D'autre part, nous trouvons que 35 fois sur 100, le produit de la conception était mort-né. Ce chiffre se rapproche beaucoup de celui donné par Blaise (1) 36,8 0/0, sur 1,013 cas provenant de 8 séries dues à divers auteurs.

Mais si, comme nous pensons l'avoir démontré par des chiffres, le traitement spécifique a une action manifeste sur l'évolution de la grossesse chez les femmes syphilitiques, il faut bien reconnaître que les statistiques ainsi établies ont quelque chose d'artificiel ; il y a là une donnée dont il est absolument nécessaire de tenir compte. Si l'on veut étudier l'action de la vérole sur la grossesse, c'est donc à des parturientes syphilitiques *non traitées* qu'il faut s'adresser. Nous en avons trouvé *quarante-deux* dans ce cas. Des 42 enfants nés de ces femmes 26 étaient mort-nés, 16 seulement vivants ; et parmi ces 16 enfants vivants, 7 étaient porteurs d'accidents syphilitiques au moment de la naissance, ou dans les premiers jours qui l'ont suivie, et 9 sont morts avant leur sortie de la Maternité, soit une mortalité minima de 83 0/0. M. Fournier (2) dans les mêmes conditions, trouve 82 et 83 0/0. Il est impossible que notre résultat soit plus identique à celui publié par le professeur de l'hôpital St-Louis.

Onze enfants seulement étaient à terme, dont 3 mort-nés, 3 portant des accidents syphilitiques ; 20 étaient nés prématurément, dont 12 mort-nés et 8 vivants, et parmi ces derniers 2 syphilitiques ; enfin il y eut 11 avortements.

Voici cette statistique sous forme de tableau :

42 enfants	vivants (16)	à terme (8)	sains (du moins en apparence)	3	7,16 %	1/2 des vivants	38 % du nombre total
			syphililiques à la naissance	5	11, 9 %		
		prématurés (8)	sains (id.)	6	14,28 %	id.	
			syphilitiques	2	4,76 %		
	mort-nés (26)	à terme		3	7,14 %	62 %	81 % id.
		prématurés		12	28,56 %		
		avortements		11	26,18 %		

(1) Thèse d'agrégation, 1883, p. 88.

(2) FOURNIER. *Hérédité syphilitique*, 1891, p. 137.

Si l'on additionne la proportion des avortements, des accouchements prématurés et des enfants à terme mort-nés, on arrive à l'énorme proportion de 81 grossesses anormales sur 100. Et on voit que 9 enfants seulement (22 0/0) sont, en *apparence*, sains au moment de leur naissance, dont 6 nés prématurément, et 4 au moins de ceux-ci sont morts dans les deux premiers mois, donc 39 enfants sur 42, soit 92,5 0/0 se ressentent de l'hérédité syphilitique. Ajoutons que plusieurs fois nous avons observé des avortements à répétition. C'est que, en effet, « parmi toutes les causes d'avortement à répétition, nous dit M. Schuhl (1), la syphilis est celle qui a l'influence la plus considérable sur l'interruption répétée de la grossesse ».

En regard de cette statistique, et à l'appui de la première partie de ce travail, nous allons placer celle de la grossesse chez des femmes syphilitiques qui se sont traitées.

Nous avons ici 44 cas, répartis en deux catégories : les femmes qui se sont traitées pendant le cours de leur grossesse; et celles qui se sont traitées à un moment quelconque de leur syphilis, mais non pendant leur grossesse.

I

32 femmes traitées dans le courant de leur grossesse.	Enfants vivants, 28.	à terme ...	19	c'est-à-dire	63 0/0	87 0,0
		prématurés.	9	—	27 0/0	
	Enfants morts, 4.	à terme....	1	—	3,13	12 1/2 0,0
		avortements	3(1)	—	9,39	

Si nous défalquons le cas visé par la note ci-dessous (2), nous avons seulement une proportion de :

(1) Dr Schuhl, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy. De l'avortement à répétition (Prix Capuron). *Annales de gynécologie*, 1891. et *Revue médicale de l'Est*; *Archives de tocologie*, 1892.

(2) L'une des 3 femmes n'a été traitée que pendant les 10 derniers jours de sa grossesse; fœtus de 1,650 gr., macéré, mort depuis un certain nombre de jours; placenta altéré.

10 0/0 d'enfants morts, au lieu de 62 0/0 chez les femmes non traitées et une proportion de 90 0/0 d'enfants vivants, au lieu de 38 0/0.

Parmi ces enfants vivants, 1/3 seulement est né prématurément au lieu de 1/2 : aucun de ces enfants ne portait à sa naissance d'accidents spécifiques ; 2 seulement sont morts syphilitiques, 4 athrepsiques ; 1 autre est mort à 3 mois d'une broncho-pneumonie, sa mère était tuberculeuse. En tout, 7 enfants dont la mort a été constatée dans le service, soit 1/4 ; tout à l'heure nous trouvions la moitié (4 sur 9). Ajoutons que 18 fois, soit 60 0/0, l'enfant est né indemne de toutes manifestations syphilitiques et n'en a pas présenté pendant tout le temps qu'il a pu être observé, quelques-uns pendant plusieurs mois.

II

12 femmes traitées avant leur grossesse.	Enfants vivants, 11.	à terme...	7	c'est-à-dire	56 0/0	90 0/0
		prématurés.	4	—	33 0 0	
	Enfant mort, 1.	prématurés.	1	—	11 0/0	
		avortements	0			

Cette statistique se rapproche beaucoup de la précédente.

Enfin, comme point de comparaison, voici une statistique faite sur une série d'un même nombre (40) de femmes indemnes de maladie vénérienne.

40 femmes saines.	Enfants vivants.	à terme..........	31	c'est-à-dire	77 0 0
		prématurés.......	8	—	20 0,0
	— morts.	prematurés.......	1	—	25 0/0
		avortements......			

Si l'on pouvait douter encore de l'influence néfaste de la vérole sur la grossesse, voici le résumé de l'observation de femmes ayant contracté la syphilis après avoir déjà eu des enfants et en ayant eu depuis :

	AVANT L'INFECTION VÉNÉRIENNE	APRÈS L'INFECTION VÉNÉRIENNE	
		NON TRAITÉE	TRAITÉE
Avortements	4 (1)	9	0
Accouchements prématurés	0	0	2
— à terme	25	0	6
	29	9	8

Voici à ce sujet encore 3 observations démonstratives :

OBS. 36. — Femme de 28 ans, 5ᵉ grossesse. 1ʳᵉ grossesse 1884. Accouchement à terme d'une fille, actuellement bien portante.

2ᵉ grossesse, 1886. A la suite d'une chute en portant un fardeau avortement à 3 mois.

3ᵉ grossesse 1887. Accouchement à terme d'un garçon.

4ᵉ grossesse, 1888. Accouchement à terme d'un garçon, actuellement bien portant.

5ᵉ grossesse, 1890. *Contracté la syphilis* ; plaques muqueuses de la langue. Traitée depuis le mois de mars (au sirop de Gibert).

Accouche le 23 mai d'un garçon de 1,260 gr. mort 9 jours après, d'athrepsie, sans trace d'éruption.

OBS. 37. — Femme de 37 ans ; 12ᵉ grossesse.

1ʳᵉ grossesse. Accouche à terme d'une fille actuellement bien portante.

2ᵉ grossesse, 3 ans plus tard. Accouche à terme d'un garçon actuellement bien portant.

3ᵉ grossesse, 2 ans après. Accouche à terme d'un garçon, mort de convulsions à 8 semaines.

4ᵉ grossesse, l'année suivante. Avortement gémellaire à 3 mois (à la suite d'une frayeur).

5ᵉ grossesse, l'année suivante. Accouche à terme d'un garçon, actuellement bien portant.

6ᵉ grossesse, l'année après. Avortement à 3 mois (frayeur).

7ᵉ grossesse, l'année suivante. Accouche à terme d'un garçon actuellement bien portant.

1 Frayeur et traumatismes invoqués.

8e grossesse, l'année suivante. Accouche à terme d'un garçon mort à 3 mois d'entérite.

9e grossesse, l'année suivante. Accouche à terme d'une fille, morte à 6 mois d'entérite.

10e grossesse, l'année suivante. Accouche à terme d'une fille, actuellement bien portante.

11e grossesse, 2 ans plus tard. Accouche à terme d'un garçon. mort à 5 ans de la fièvre typhoïde.

12e grossesse, 6 ans plus tard. Son mari, atteint d'un chancre, au mois de janvier, contamine sa femme, qui présente la roséole en avril. Un médecin consulté prescrit le sirop de Gibert et des pilules de protoiodure d'hydrargyre.

Accouche 2 mois plus tard, *prématurément*, d'un garçon, placenta dégénéré.

Obs. 38 (1). — Femme de 25 ans, 4e grossesse. 3 grossesses normales ; accouche à terme d'enfants jusqu'à présent très bien portants. En juin 1882, premiers accidents spécifiques. N'a suivi aucun traitement. Blennorrhagie le 16 février ; entrée à la Maternité ; à ce moment, elle présente la pléiade ganglionnaire dans l'aine droite ; érosion à la face interne de la grande lèvre droite : la face externe des grandes lèvres et les plis génito-cruraux sont couverts de papules hypertrophiques. A la nuque syphilides papulo-squameuses circinées, non prurigineuses ; adénopathie cervicale (frictions mercurielles). Accouche prématurément à 6 mois 1/2 le 7 mars en O.I.G.A. d'une fille pesant 1,160 gr., morte 24 heures après la naissance. Placenta altéré.

Dans une statistique établie sur les mêmes bases, Le Pileur (2) trouve les chiffres suivants :

	AVANT LA SYPHILIS	APRÈS
Avortements	0	21
Enfants mort-nés	0	6
Enfants vivants	27	3

Si maintenant nous recherchons à quel moment de la gros-

(1) Observé à la Maternité de Nancy par M. Vallois, obs. n° 5 de sa thèse.

(2) De la mortalité infantile par la syphilis. *Société obstétricale de Paris*, 1888.

sesse se produit la mort de l'enfant, nous trouvons les résultats suivants :

POIDS DES ENFANTS			MOMENT DE LA GROSSESSE	NOMBRE DE FŒTUS MORTS	RÉSULTATS OBTENUS PAR RUGE
Enfants pesant plus de		3.000 gr.	38e semaine	1	3
—	—	2.500	34e —	2	6
—	—	2.000	32e —	5	12
—	—	1.500	27e —	6	19
—	—	1.000		7	19
—	—	500		7	9
—	moins de	500		1	8
			TOTAL.....	29	

C'est-à-dire que 21 enfants, soit 72,5 0/0, sont morts avant la fin du 7e mois de la grossesse et que 28 sur 29 ou 96 0/0 sont morts avant 8 mois et demi ; résultats en somme conformes à ceux obtenus par Carl Ruge.

La clientèle des Maternités est un milieu qui se prête fort peu à l'étude de la syphilis paternelle; aussi n'avons-nous pu réunir de matériaux satisfaisants à ce sujet. Le plus souvent, nous n'avons pu déterminer quelle part revenait au père dans l'infection du fœtus. Nous avons seulement trouvé dans les observations anciennes de la Maternité *trois cas* dans lesquels, nettement, l'enfant était atteint par la diathèse alors que la mère était très vraisemblablement saine.

OBS. 39. — Dans l'un de ces cas, le père de l'enfant est syphilitique; la mère ne présente et n'aurait jamais présenté de symptômes de syphilis, mais elle est accouchée à 7 mois 1/2 d'un fœtus macéré.

OBS. 40. — Dans un second cas, la mère n'aurait pas présenté de lésions spécifiques, et l'enfant est perdu de vue après avoir présenté des érythèmes suspects, du coryza et du pemphigus de la face plantaire des pieds.

OBS. 41. — Enfin, dans le troisième cas, sans que la mère accuse aucun symptôme suspect, l'enfant, pesant à la naissance 2,275 gr.,

fut atteint au 7e jour de pemphigus palmaire et plantaire, d'une éruption papuleuse sur les membres inférieurs, le siège et le dos, et succomba au onzième jour.

Sans vouloir tirer de conclusions d'un aussi petit nombre de faits, nous ferons seulement remarquer que dans aucun de ces trois cas de syphilis paternelle, il n'est intervenu de traitement et que cependant dans un tiers seulement des cas, soit 33 0/0, l'enfant est mort-né, au lieu de 66 0/0 pour l'ensemble des autres cas de femmes non traitées ; ce qui est contraire aux assertions de von Bœrensprung, (1) mais conforme à celles de Fournier, Blaise, Keyfel, Vogel et Kassowitz ; ce dernier, dans sa statistique personnelle, trouve une proportion 24 0/0 de naissances avant terme quand le père seul est syphilitique et 51 0/0 quand les 2 parents sont contaminés. Mais si la mortalité est moindre, il est vrai que les deux enfants nés vivants étaient manifestement syphilitiques ; ajoutons encore que dans un cas personnel (obs. 17) nous avons observé un avortement.

L'une des questions sur lesquelles l'accord est le moins établi est celle de savoir jusqu'à quel point le pronostic varie pour l'enfant suivant l'époque de la grossesse à laquelle se fait la contamination syphilitique de la mère.

Alors que Mandran et Kassowitz nient toute espèce de transmission par voie placentaire, ce qui revient à dire que l'enfant ne peut être atteint que si la syphilis remonte aux premiers mois, nous voyons Cullerier (2) et Œvre prétendre que l'infection de l'enfant peut se faire pendant tout le cours de la grossesse, et ce dernier allait jusqu'à conseiller l'accouchement prématuré lorsque l'infection a lieu à une époque où le fœtus est viable.

Entre ces opinions extrêmes se rangent les autres auteurs ; ce sont : Diday qui nous dit : « Il me suffit d'indiquer le

---

(1) *Die héréditäre Syphilis*. Berlin, 1864.

(2) CULLERIER. De l'hérédité de la syphilis. *Mémoires de la Société de chirurg. de Paris*, 1851, t. IV.

quatrième mois au delà duquel on peut voir survenir l'infection sans trop redouter l'avortement. »

Puis Parrot (1) : « Plus le moment de la contamination se rapproche du terme do la grossesse, dit-il, moins il y a de chances que l'avortement se produise, *il est très peu probable lorsque la femme est infectée au 5e mois.* »

Hirigoyen (2) qui, dans 7 cas de syphilis survenue du 6e au 9e mois de la gestation, a vu quatre enfants vivants et 3 mort-nés, conclut que « la gravité de la syphilis contractée dans les trois derniers mois est beaucoup moins grave pour le fœtus que celle de la syphilis des six premiers mois ».

Reimonencq (3) déclare que quand la syphilis intervient à la fin de la grossesse, l'enfant naît généralement vivant et sain, *bien que sur cinq cas, il ait 2 mort-nés et un accouchement prématuré.*

Enfin, selon Mauriceau, Bassereau (4), Ricord, Franck, Abernetly, Zeissl, Vajde, Behrend, la syphilis ne fait sentir son influence que jusqu'au 7e mois de la grossesse, limite que Chaballier (5) amène jusqu'au commencement du 8e mois. Neumann (6) cependant cite le cas d'un enfant manifestement syphilitique né d'une mère qui avait contracté la syphilis au 8e mois de sa grossesse.

Notre observation n° 32, rapportée plus haut, est dans le même cas.

---

(1) PARROT. De l'avortement et de l'accouchement prématuré dans la syphilis héréditaire. *Progrès médical*, 1877, p. 881.

(2) HIRIGOYEN. Syphilis et grossesse. *Journal de médecine de Bordeaux*, et *Archives de tocologie*, 1886.

(3) REIMONENCQ. *Contribution à l'étude de l'influence de la syphilis sur la grossesse.* Th. Bordeaux, 1885.

(4) LEGRAND. *Syph. et grossesse. Essais sur la syphilis post-conceptionnelle.* Th. Paris, 1886.

(5) CHABALLIER. Transmission de la syph. de la mère à l'enfant au 8e mois de la grossesse. *Gaz. méd. de Lyon*, 1864.

(6) NEUMANN. *Wien. medical Presse*, 1885, et *Arch. de tocologie*, 1886, p. 73.

Nous avons les observations de 36 femmes chez lesquelles nous avons pu déterminer exactement l'époque d'invasion d'une syphilis acquise pendant la grossesse. Voici les résultats que nous avons pu tirer de leur étude au point de vue qui nous occupe actuellement.

Femmes non traitées : 21 cas.

	ENFANTS VIVANTS		MORT-NÉS	
	A TERME	AVANT TERME	A TERME	AVANT TERME
Syphilis acquise dans les 3 premiers mois.	5	4 (19 0/0)	»	11 (52 0/0)
4e et 5e mois	1 (4,75 0/0)	1	1	2 (8,50 0/0)
6e —	»	»	»	»
7e —	1	»	»	»
8e —	»	»	»	»
9e —	»	»	»	»

Femmes traitées : 15 cas.

	ENFANTS VIVANTS		MORT-NÉS	
	A TERME	AVANT TERME	A TERME	AVANT TERME
Syphilis acquise dans les 3 premiers mois.	3 (20 0/0)	1 (6,5 0/0)	»	»
4e et 5e mois	6 (40 0/0)	3	»	»
6e —	»	»	»	»
7e —	»	»	»	»
8e —	1	1	»	»
9e —	»	»	»	»

Le premier de ces tableaux nous montre que quand la syphilis survient dans les 3 premiers mois de la grossesse et n'est point influencée par le traitement :

11 enfants sur 15 sont mort-nés, soit 73 0/0 ;

4 naissent vivants, mais avant terme, et tous les 4 ont succombé dans les premiers jours après leur naissance.

C'est-à-dire, en somme, une mortalité de 100 p. 100.

Ce résultat est de beaucoup plus déplorable encore que celui que nous trouvions pour la statistique générale où la proportion des mort-nés était de 62 0/0 et où 1/5 des enfants naissaient encore et vivants et à terme.

L'invasion se produisant pendant les 4e et 5e mois, nous avons 3 mort-nés sur 5 cas, soit 60 0/0, et parmi les 2 enfants vivants, 1 est à terme ; ce résultat est un peu plus favorable que celui de la statistique générale.

Enfin, dans un cas où la syphilis s'est déclarée au 7e mois, l'enfant est né vivant et à terme.

De là nous pourrons conclure que Diday et Parrot sont peut-être trop absolus dans les proportions que nous rapportions plus haut.

Dans le second tableau, quand les femmes ont été traitées nous voyons immédiatement que nous n'avons plus de mort nés Même pour une syphilis des 3 premiers mois, que nous venons de voir si terrible, sur 4 cas, nous avons 3 enfants vivants et à terme, soit 75 0/0, un vivant mais né prématurément.

La syphilis étant intervenue dans les 4e et 5e mois, sur 9 cas, nous trouvons 6 enfants vivants, à terme, soit 66 0/0 et 3 nés prématurément. Ces résultats, absolument conformes à ceux que jusqu'à présent nous avons toujours obtenus du traitement, démontrent avec la dernière évidence combien est inexacte la conclusion de Hirigoyen (1), qui, des 9 cas qu'il rapporte, a cru pouvoir conclure :

« Toutes nos observations sont assez nettes pour qu'on puisse dire que la syphilis prise au début de la grossesse jusqu'au 4e mois amène la mort ou l'expulsion du fœtus du 6e au 8e mois ; on pourrait ajouter : MALGRÉ LE TRAITEMENT, *qui, dans ce cas, semble seulement retarder un peu le moment de la mort et de l'expulsion.* »

D'après nos recherches il nous est impossible, dans cette statistique générale de la Maternité de Nancy, comme déjà

---

(1) HIRIGOYEN. *Loc. cit.*

nous l'avons indiqué pour notre statistique personnelle, d'attribuer au traitement interne les résultats déplorables que Wéber dit avoir observés. La plupart de nos femmes ont été traitées par le protoiodure de mercure, parfois joint à l'iodure de potassium, quelquefois même par le sublimé, et certes, cette statistique est des plus heureuses, la nôtre étant même la plus favorable que nous avons pu trouver :

Mortalité à la naissance chez les femmes traitées = 0.

Certainement, parmi tous ces enfants que nous avons vus naître dans un état satisfaisant et qui ont été perdus de vue, un grand nombre sont destinés à payer tribut à la tare héréditaire terrible qu'ils ont apportée en naissant. Par bonheur, nous savons aussi que le traitement antisyphilitique, rigoureusement appliqué aux enfants nés dans ces conditions, lutte souvent énergiquement contre la diathèse et peut en détruire les conséquences. C'est vers ce but que doivent tendre les efforts du médecin traitant, alors qu'il est déjà arrivé à ce grand résultat : obtenir des enfants vivants.

Nous pouvons donc conclure que :

1) Si chez la femme dont la syphilis n'a jamais été traitée, la mortalité infantile est toujours énorme, au moment de la naissance pouvant atteindre une proportion de 76,5 0/0 pour arriver même au chiffre terrifiant de 95,5 0/0 si l'on compte jusqu'au moment où l'enfant est perdu de vue, cette mortalité peut immédiatement tomber à 16,5 0/0 et même à 11 0/0 si la syphilis maternelle a été à un moment quelconque, influencée par un traitement sérieux.

Que si, maintenant, le traitement est appliqué pendant le cours même de la grossesse, nous pouvons espérer, *du moins au point de vue de la mortalité à la naissance*, UNE IMMUNITÉ PRESQUE COMPLÈTE, puisque sur 10 cas, nous n'avons pas un seul enfant mort-né, et que dans une autre série de 32 observations, la mortalité dans ces conditions n'est que de 9 0/0; en outre dans la grande majorité des cas, l'enfant naît à terme, 80 0/0 dans notre statistique personnelle.

Un tableau, résumant les observations de 10 femmes ayant eu des enfants *avant et après* leur infection syphilitique, nous amène à la même conclusion relativement à l'influence du traitement : (8 accouchements, 8 enfants vivants), après nous avoir montré ainsi avec évidence la terriblo influence de la syphilis non traitée sur la grossesse.

2) C'est vers les 5e, 6e et 7e mois, de la vie intra-utérine, que la syphilis frappe surtout ses victimes ; en effet, nous ne trouvons que 1 fœtus (4 0/0) pesant moins de 500 gr. et 72,5 des enfants sont morts avant la fin du 7e mois : un seul pesant 3,000 gr.

3) Sans vouloir tirer de conclusions des cas trop peu nombreux de syphilis paternelle que nous avons pu relever, sa nocivité nous a cependant paru notablement inférieure à celle de la syphilis maternelle.

4) Relativement à la question de savoir quelle est la gravité du pronostic pour l'enfant suivant l'époque de la grossesse à laquelle se fait la contamination syphilitique de la mère, nous trouvons que :

a) Quand l'infection survient pendant les 3 premiers mois de la grossesse, et n'est pas influencée par le traitement, la nocivité atteint son maximum : dès les premiers jours qui suivent l'accouchement, la mortalité arrive à 100 0/0.

b) L'infection se produisant pendant les 4e et 5e mois, le le résultat est un peu plus favorable que celui de la statistique générale.

c) Dans un cas de contamination pendant le 8e mois, l'enfant, vivant, paraissait être sain ; dans un cas personnel (obs. 32), où l'infection semble remonter au 8e mois, l'enfant est né sain en apparence, mais présenta plus tard des accidents syphilitiques.

Dans tous les cas où le traitement est intervenu, la mortalité à la naissance a été nulle.

5) Dans aucun cas nous n'avons constaté les résultats défavorables que certains auteurs ont attribués au traitement interne.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance des 1er, 8 et 15 mars.

GUÉNIOT. — **Du méphitisme de l'air comme cause de septicémie puerpérale.** Cette communication repose essentiellement sur 4 observations de septicémie puerpérale, à laquelle, après investigation minutieuse, l'auteur n'aurait pu trouver, comme étiologie, que la contamination par des matières en décomposition de l'air ambiant. Les conclusions de ce travail sont les suivantes : 1° En viciant l'air des appartements, les émanations méphitiques, quelle qu'en soit la source — fosses ou cabinets d'aisance, égouts, plombs, chambres borgnes ou de débarras, etc. — deviennent une cause active de fièvre et d'accidents puerpéraux.

2° L'intoxication méphitique, pendant la grossesse, s'effectue surtout par les voies respiratoires ; après l'accouchement elle se produit plutôt par les surfaces saignantes, au contact des liquides et des solides contaminés.

3° La septicémie qui en résulte n'est pas de nature suppurative; son foyer principal réside dans la cavité même de l'utérus où, sans doute à la faveur des produits du méphitisme, le vibrion septique paraît trouver, pour son développement, des conditions exceptionnellement propices.

4° Pour réaliser, à cet égard, une bonne hygiène préventive, on doit s'efforcer de maintenir toujours pure l'atmosphère des appartements ; dans ce but, il importe de veiller non seulement à l'aération et à la propreté de toutes leurs parties — les cabinets d'aisance et de toilette en particulier — mais encore de condamner les plombs, certaines pièces de décharge, etc., et de remédier ou de se soustraire aux filtrations malsaines du voisinage.

5° Enfin, dans le cas où ces pratiques auraient été omises où l'on aurait à combattre une septicémie de semblable origine, les moyens principaux du traitement devraient consister :

a) Dans la suppression immédiate et absolue des sources du méphitisme ;

b) Dans la purification, aussi complète que possible, de tout l'appartement;

c) Dans l'emploi de la quinine, des alcooliques à haute dose et des antiseptiques sous toutes les formes, mais *spécialement des solutions phéniquées en injections intra-utérines.*

Discussion : Elle a été longue et il nous est impossible, faute d'espace, de la reproduire ici ; le point spécial sur lequel elle a principalement porté, est *la voie par laquelle les agents pathogènes ont pénétré dans l'organisme.* A. GUÉRIN repousse absolument l'idée que les germes ont pénétré par la voie pulmonaire ou par l'épiderme. Dans tous les cas dont il a été question, les accidents se sont toujours produits après l'accouchement, et alors, toutes ces malades présentaient au moins une plaie, la plaie utérine. C'étaient des blessées ! Chez toutes il existait donc une voie d'effraction. « *Quand une porte est ouverte, à quoi bon se demander si une personne qui est dans la maison est entrée par une fenêtre fermée.* » Si les agents de la septicémie sont entrés par les voies aériennes, pourquoi aucune des femmes n'a-t-elle éprouvé d'accidents pendant la grossesse, comment se fait-il que les personnes de leur entourage qui respiraient le même air souillé n'aient pas été le moins du monde malades. Enfin, chez les accouchées qui auraient été empoisonnées, il suffisait de faire des injections antiseptiques dans la cavité utérine pour que la fièvre se calmât. Comment expliquer la défervescence observée si l'empoisonnement s'était produit par les voies respiratoires ? CHARPENTIER ne croit pas non plus à la pénétration des agents pathogènes par les voies aériennes, et son argumentation diffère peu de celle de Guérin. En ce qui concerne le traitement de la septicémie puerpérale, il pose en principe qu'*il faut agir vite et fort.* Débuter d'abord par les injections intra-utérines, voilà la règle. Mais si elles n'amènent pas une détente immédiate, ne pas perdre du temps et avoir recours au curettage qui amène presque certainement la guérison. HERVIEUX qui a pris une large part à la discussion se range à l'opinion de Guéniot, c'est-à-dire, qu'il admet que, dans certains cas, rares sans doute, l'infection peut se faire par une autre voie que la voie génitale.

A GUÉRIN demande pourquoi les agents toxiques de la septicémie seraient si facilement absorbés par la peau et par les cellules pulmonaires dans les salles d'accouchement, quand *jamais* pareille

observation n'a été faite dans les salles de chirurgie où l'infection purulente faisait des ravages qui n'étaient pas moindres que dans les Maternités.

Il réclame une démonstration de cette hypothèse sans fondement jusqu'ici *que les microbes pénètrent dans l'organisme par des cellules pulmonaires parfaitement saines*. Si nos tissus ne nous préservaient pas de l'action des microbes pathogènes, il y a longtemps que les espèces animales auraient disparu du globe. MM. Guéniot et Hervieux reviennent sur quelques points de leur argumentation qu'ils développent. Ils tiennent surtout à persuader M. Guérin, qu'ils n'ont pas le moins du monde songé à substituer à la théorie de la pénétration des germes pathogènes par la voie génitale celle de la pénétration par la voie pulmonaire ou cutanée. Comme lui, ils considérent que c'est surtout par la voie génitale que l'infection se produit, mais, l'observation des faits anologues à ceux qu'ils ont publiés, les ont conduits à admettre comme porte d'entrée *exceptionnelle* les voies respiratoires.

M. Tarnier présente à l'Académie, de la part de M. Pinard, une brochure intitulée: *De la Symphyséotomie*. C'est le tirage à part d'une leçon faite le 7 décembre 1891, et publiée le 15 février dernier dans les *Annales de gynécologie* .

Dans cette leçon, après avoir dit que le mérite de la conception et de l'application de la symphyséotomie revient à un étudiant en chirurgie francais, Sigault, qui l'imagina en 1768 et l'exécuta avec succès en 1777, M. Pinard rappelle l'enthousiasme provoqué par ce succès, et la réaction qui se produisit ensuite, de telle sorte que les accoucheurs de tous les pays se trouvèrent bientôt partagés en deux camps, les partisans et les adversaires de la symphyséotomie. Baudelocque était parmi ces derniers, et son autorité pesa si puissamment dans la question, que la symphyséotomie fut presque partout abandonnée.

En Italie, cependant, le professeur Morisani, de Naples, s'est toujours montré le partisan de cette opération ; après l'avoir faite de temps en temps avec succès, il en devint bientôt le défenseur convaincu et la régularisa ; c'est ainsi que sur 12 opérations pratiquées depuis 1888 seulement, il compte 12 mères guéries et 11 enfants vivants. Il sut communiquer ses convictions à ses élèves, et l'un d'eux, M. le Dr Spinelli, a publié dans les *Annales de gyné-*

cologie du 15 janvier 1892, un Mémoire dans lequel il rapporte 24 observations de symphyséotomie, y compris celles du professeur Morisani, avec 24 résultats favorables pour la mère, et 23 pour l'enfant.

Incontestablement, ce sont là de magnifiques résultats, M. le Dr Spinelli, dans un récent voyage à Paris, a attiré sur eux l'attention de M. Pinard et a répété devant lui la symphyséotomie sur le cadavre. Telle est l'origine de cette leçon, dans laquelle le professeur a exposé le manuel opératoire qui lui paraît le meilleur, et figuré l'agrandissement du bassin qu'il a observé après les opérations de symphyséotomie, qu'il a pratiquées avec MM. Farabeuf et Varnier sur le cadavre.

M. Pinard pense que la symphyséotomie « deviendra le complément de l'accouchement prématuré dans bien des cas, et se substituera à l'embryotomie, et à l'opération césarienne dans bien d'autres ».

A milieu des développements qu'il a donnés à son sujet, M. Pinard a bien voulu, dit M. Tarnier, citer l'une des phrases d'un chapitre dans lequel j'ai émis, il y a longtemps déjà, des idées favorables à la symphyséotomie. Voici le passage dont cette phrase est tirée :

« Chez une femme arrivée au terme de la grossesse, la symphyséotomie pourrait donc être mise en parallèle avec l'opération césarienne ou l'embryotomie ; mais, pendant le cours même de la grossesse, on devra toujours accorder la préférence à l'accouchement prématuré qui est précisément applicable aux mêmes cas, et qui est plus avantageux sous tous les rapports. De ce qui précède, on pourrait encore conclure qu'il ne serait peut-être pas déraisonnable de songer à associer l'accouchement prématuré artificiel à la symphyséotomie, dans les rétrécissements de 6 à 7 centimètres d'étendue. » (*Atlas de tous les traités d'accouchements*, par Lenoir, Marc Sée et Tarnier. Paris, 1865, p. 278.)

J'ajouterai que depuis la publication de sa leçon, M. Pinard a pratiqué deux fois la symphyséotomie. Sa première malade a été opérée le 4 février dernier ; elle est aujourd'hui complètement guérie et marche avec facilité ; mais son enfant a succombé le troisième jour de sa naissance. Sa seconde malade a été opérée le 25 février; elle est aujourd'hui en pleine convalescence, et son enfant est magnifique. J'ai vu et examiné hier ces deux malades, et je les ai trouvées dans l'état que je viens de dire.

De tels faits commandent au plus haut point l'attention de tous les accoucheurs, et, grâce à l'antisepsie, une ère nouvelle semble s'ouvrir pour la symphyséotomie. Si cette opération reprend faveur ce sera un grand honneur pour le professeur Morisani, et M. Pinard aura le mérite incontestable d'avoir ramené cette opération en France, où son exemple sera probablement suivi ; c'est du moins ce que je suis disposé à faire. »

CHARPENTIER. — **De la symphyséotomie.** Nouveau plaidoyer en faveur de cette opération, dont l'auteur est allé contrôler à Naples les résultats publiés par Spinelli dans le numéro de janvier des *Annales de Gynécologie* (1).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 mars 1892.

CHAPUT. — **Traitement de la rétroflexion par la laparotomie.** — Après un exposé parallèle et critique des différents procédés opératoires appliqués au traitement des rétrodéviations utérines, l'auteur résume sa manière de voir de la façon suivante : « Je conclus en disant qu'on devra essayer le pessaire contre les déviations simples et mobiles (sans préjudice du curage et des réparations périnéo-vaginales) et que tous les cas rebelles au pessaires seront guéris facilement et constamment par la laparotomie.

Cette opération paraît préférable à l'hystéropexie, car elle permet de choisir entre le redressement simple, la castration avec ou sans fixation, et la fixation sans castration. La fixation de l'utérus lui-même ayant quelques inconvénients, l'auteur conseille de suturer à la plaie pariétale les pédicules de la castration, ou bien le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds si la castration n'est pas nécessaire.

Il relate ensuite dans le détail 4 cas, sur lesquels repose son travail, et dans lesquels il a obtenu la guérison. Ces cas se répartissent ainsi : 1) *Rétroflexion. Utérus énorme, fibromateux, castration et hystéropexie ;* 2) *Rétroflexion. Laparotomie. Castration unilatérale. Hystéropexie. Guérison ;* 3) *Rétroflexion causée par des fibromes. Castration sans hystéropexie, guérison ;* 4) *Rétroflexion adhérente fixée par une masse salpingienne*

(1) Voir *Ann. de gynéc. et d'obst.*, février 1892, p. 81.

énorme. Laparotomie, ablation des annexes droites. Pas d'hystéropexie. Guérison.

Discussion. — GUÉNIOT exprime sa surprise que l'auteur ait fait le curage utérin préalable chez ses opérées. Il ne ressort pas de la description des faits que cette opération fût nettement indiquée. D'ailleurs il est vrai que cette intervention — excellente dans beaucoup de cas — est trop souvent faite, et qu'elle n'est pas, quoi qu'on affirme, absolument inoffensive. CHARPENTIER pense que contre la rétroflexion simple ou compliquée d'un peu d'endométrite, il suffira souvent de la dilatation prolongée et d'un curettage, mais que contre la rétroversion compliquée de lésions des annexes le curettage et la dilatation sont insuffisants ; que, dans ces cas, il faut résolument intervenir par des actes plus chirurgicaux.

En ce qui concerne le curettage, il le considère comme un moyen merveilleusement efficace dans les cas appropriés, et, d'une manière générale, comme dépourvu de tout danger, à condition que l'antisepsie soit rigoureuse. P. PETIT défend l'opération d'Alexander. Ce qui tend à la discréditer, c'est qu'on l'applique souvent sans une analyse judicieuse des cas qu'on a à traiter, des indications multiples qu'il est nécessaire de remplir. On peut être amené à pratiquer dans la même séance, le curettage, l'amputation anaplastique du col, la colporrhaphie antérieure, la colpopérinéorrhaphie, et le raccourcissement des ligaments ronds. En somme, l'opération d'Alexander, recommandable *a priori* en ce qu'elle agit dans un sens éminemment physiologique et qu'elle ne peut offrir de dangers sous le couvert de l'antisepsie, a des indications propres qui se résument en l'absence de lésions péritonéales. Ce qui importe, avant de faire son choix entre cette intervention et la laparotomie, c'est d'établir scrupuleusement les détails du diagnostic, ce qui est le plus souvent possible sans ouvrir le ventre. Orientant son intervention d'après ses principes, PETIT a pratiqué l'Alexander 6 fois : 1 fois pour prolapsus, 4 fois pour rétroversion mobile avec ou sans rétroflexion, une fois pour rétroflexion résistante ; au total, 4 résultats heureux qui paraissent définitifs, 2 heureux aussi mais encore trop récents.

A propos de l'hystéropexie, il cite un cas d'éventration avec persistance de douleurs observé chez une femme hystéropexiée par un des plus habiles chirurgiens des hôpitaux de Paris, et un cas

de mort, par hémorrhagie interne consécutive à la section de l'utérus par les fils fixateurs, sous l'influence des secousses produites par les vomissements causés par le chloroforme. DOLÉRIS insiste également sur l'importance capitale qu'il y a à faire un diagnostic aussi complet que possible des lésions. Il observe aussi qu'il n'est pas toujours nécessaire de s'attaquer aux annexes pour les guérir et parmi les divers procédés conservateurs auxquels on peut avoir recours, se place en première ligne la dilatation que l'on prolongera durant 5 et 6 jours, et que l'on renouvellera s'il est nécessaire. CHAPUT, malgré le jugement de M. Guéniot persiste à penser que le curettage est une opération inoffensive en soi. En ce qui concerne l'opération d'Alexander qui, dit-on, réussit quand on a fait le diagnostic de toutes les lésions, il pense que précisément ce diagnostic est souvent fort difficile, impossible même, et que, dans certains cas, la laparotomie seule permet de l'établir suffisamment pour bien orienter l'intervention. Il remercie enfin M. Petit des 2 faits, inédits, qu'il lui a fournis contre l'hystéropexie.

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

AFFECTIONS DU REIN, ALBUMINURIE, ÉCLAMPSIE

De l'état anatomique des reins dans l'éclampsie puerpérale. (Ueber das Verhalten der Nieren bei der puerperalen Eklampsie), W. PRUTZ. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIII, Hft. 1, p. 1.

Après un historique rapide et complet consacré aux nombreux travaux suscités par l'étude de la pathogénie de l'éclampsie et du rein gravidique, l'auteur relate 22 cas qui lui ont servi pour étudier l'état anatomique des reins dans l'éclampsie puerpérale. Il fait suivre cette relation des considérations suivantes : « Si l'on veut essayer de déterminer, d'après les états anatomiques observés, l'influence étiologique des altérations rénales, il importe de comparer ces états avec ceux que présentaient communément les sujets emportés par l'urémie, d'origine rénale. Si, d'une manière géné-

rale, on veut expliquer un cas d'éclampsie en disant qu'il s'agit au fond d'un cas d'urémie, il devient nécessaire que les altérations rénales correspondent par leur intensité et leur étendue à celles qui se produisent d'ordinaire dans l'urémie.

Toutefois, il n'est pas possible d'estimer ces lésions d'une façon absolument précise, parce que les degrés différents du processus se suivent d'une manière continue, et que, de deux états anatomiques très rapprochés, nous ne pouvons affirmer que l'un, et non l'autre, est susceptible de provoquer l'urémie. »

« Des observations relatées, les huit premières correspondent à des altérations inflammatoires qui, lorsqu'elles se produisent chez un sujet non gravide, peuvent parfaitement amener la mort par urémie. D'autre part, on n'est pas en droit d'affirmer qu'une semblable terminaison ne se produirait pas avec les lésions dont il est question dans les faits suivants. Sur les 3 derniers cas, dans lesquels il existait des complications, il convient de suspendre tout jugement définitif. Dans le cas XX, il, n'y avait que des altérations inflammatoires récentes et, en raison de l'insuffisance de l'anamnèse, il est impossible de dire si elles étaient antérieures à l'accouchement ou si elles étaient sous la dépendance d'une endocardite verruqueuse développée postérieurement.

Dans le cas XXI (septicémie puerpérale) les altérations anciennes sont insignifiantes, tandis que les récentes sont très étendues ; or, il n'est pas aisé d'établir nettement quel rapport ces dernières ont avec le processus infectieux. Dans le dernier cas, les deux accès éclamptiques éclatèrent après une injection de solution au sublimé. A cette époque, la néphrite toxique devait être déjà complètement constituée. Et l'apparition tardive de l'éclampsie incline à croire qu'elle a été en relation étiologique étroite avec la néphrite causée par l'intoxication mercurielle.

Sur les autres cas, on ne peut également avancer rien de formel. Dans certains d'entre eux, les altérations constatées sont si minimes que, dans un certain sens, l'état anatomique s'éloignait peu de l'état normal. Car on retrouve de semblables altérations chez des sujets qui ont succombé à telle affection tout à fait indépendante d'une influence rénale, et qui, jamais, durant leur vie, n'ont présenté de symptômes d'une affection des reins.

L'observation XIX mérite une mention spéciale. Elle se distingue en effet par l'absence complète d'altérations inflammatoires, — en

particulier l'épithélium sécréteur est tout à fait normal. Par contre, les cylindres rénaux sont en quantité considérable et les canaux urinifères extrêmement dilatés. En ce qui concerne l'origine de cylindres rénaux, on doit, à cause de l'absence de toute lésion phlegmasique et de la dilatation et de la réplétion des veines et capillaires, la chercher dans une exsudation par stase sanguine. Il n'existe de sang que dans quelques canaux rayonnés médullaires, et rien, dans ce cas, ne permet de supposer que ces cylindres sont des cylindres hématiques, c'est-à-dire des formations anatomiques semblables à celles décrites par Langhans qui, dans un cas, put suivre la transformation de cylindres hématiques en cylindres homogènes, transparents. Se fondant sur ces constatations Langhans avait révoqué en doute la formation des cylindres aux dépens du sérum transsudé; mais l'observation actuelle démontre que cette origine ne doit pas être systématiquement écartée. Elle trouve d'ailleurs dans l'observation XIII un nouveau témoignage à son actif, car, on put dans ce cas constater que les exsudats dans l'espace du glomérule, exsudats issus certainement du peleton glomérulaire, se continuaient directement dans les tubuli contorti correspondants. D'autre part, il existait en d'autres points des canaux urinifères des exsudats tout à fait semblables. Il y avait également obstruction de plusieurs canaux d'union, et d'autres canaux plus élevés par des cylindres épais et longs en même temps qu'une dilatation des voies urinifères. On nota encore quelques modifications inflammatoires, mais elles étaient minimes. Il est permis de penser que dans ces conditions, c'est-à-dire quand bon nombre de canaux d'union et de canaux supérieurs sont déformés par de volumineux et nombreux cylindres, il existe, sinon un obstacle absolu, du moins une grande gêne à la circulation de l'urine, qui a pour conséquence les dilatations remarquables observées, et que les cylindres agissent sur le développement de l'urémie par simple action mécanique.

Dans le cas III, il fut possible d'établir d'une façon formelle l'existence d'embolies graisseuses, qui intéressaient aussi bien les anses glomérulaires que les capillaires intercanaliculaires. Dans le cas VIII, on constata çà et là des éléments graisseux qui paraissaient siéger dans les anses glomérulaires; et la perméabilité conservée des vaisseaux du glomérule n'infirme pas cette interprétation parce que, d'après Virchow, la graisse dans l'embolie grais-

seuse se divise en fines gouttelettes. En ce qui concerne le cas III, il est certain que l'embolie graisseuse n'a aucune relation étiologique avec l'éclampsie. Par exemple, dans les cas de lésions osseuses étendues, des quantités beaucoup plus considérables de graisse concourent à la formation d'embolies, et cependant jamais ces accidents ne se traduisent par l'apparition des convulsions.

En aucun cas, on ne constata la présence de micro-organismes dans le rein.

D'autre part, on releva une disproportion remarquable entre la gravité des cas observés et l'intensité et l'étendue des lésions, c'est-à-dire des éclampsies légères avec des altérations rénales profondes et *vice versâ*.

Il est impossible, dans un très grand nombre de cas, d'expliquer le développement des convulsions par les seules affections rénales. D'autres facteurs entrent certainement en jeu. Mais l'auteur ne s'est pas proposé de les déterminer. La seule conclusion qu'il tire de ses recherches, c'est qu'on n'est autorisé à admettre la possibilité de l'influence étiologique des maladies du rein vis-à-vis de l'éclampsie que dans un petit nombre de cas.

R. L.

De l'éclampsie (Ueber Eklampsie), R. OLSHAUSEN. *Samml. klinisch. Vorträge*, 1892, nº 36, p. 325.

Étude basée sur 200 cas d'éclampsie, observés du 1er septembre 1885 jusqu'au 17 avril 1891, ainsi en l'espace de 5 ans 1/2. Les 200 cas se répartissent sur un intervalle de 2,054 jours, soit en moyenne 3 cas par mois. Mais la considération plus minutieuse des dates permet de consigner cette particularité, d'ailleurs déjà relevée (Delore) (1), que l'éclampsie se manifeste, pour ainsi dire, par périodes (épidémies d'éclampsie). Le fait reste inexpliqué.

Conditions étiologiques. — Sur les 200 cas, il y eut ***primipares*** 145; ***multipares*** 51 ; 4 fois le nombre des accouchements ne fut pas noté; proportion des primipares éclamptiques 74 0/0. Voici des moyennes indiquées par d'autres auteurs: Löhlein a) 85,4 0/0, b) 75 0/0; Schauta 82,6 0/0; Brummerstädt 80,50 0/0; C. Braun 86,3 0/0. De ces 145 primipares, 37, soit 25,50 0/0, étaient des primipares âgées, c'est-à-dire âgées de 28 ans ou plus.

(1) DELORE. *Lyon méd.*, 10, XII, 1884.

Des pluripares, 32 avaient eu de 2-4 accouchements, 19 cinq accouchements et plus. Cinq avaient accouché dix et onze fois.

Sur les 200 accouchements, il y eut 16 accouchements gémellaires, soit 6 0/0, au lieu de la moyenne ordinaire 1 1/4 0/0 (Löhlein, 5,2 0/0 ; Winckel, 11 0/0 ; Schauta, 9 0/0).

Olshausen n'a pas pu, des faits qu'il a observés, déduire la proportion des *femmes devenues éclamptiques déjà pendant la grossesse,* parce que, d'une part, presque toutes avaient déjà eu un plus ou moins grand nombre d'accès et que le plus grand nombre étaient déjà en travail quand il fut appelé auprès d'elles. Löhlein donne la proportion de 4,7 0/0, Schauta 14 0/0, Braun 24 0/0. Pour l'auteur, c'est ce dernier chiffre qui se rapprocherait le plus de la vérité, encore lui paraît-il trop faible, et devrait-il être porté à 40 0/0 (Olshausen base son jugement sur la considération du poids des enfants, et tient pour avant terme ceux chez lesquels ce poids reste au-dessous de 2,500 gr., de 2,000 gr. pour les jumeaux). Il a vu l'éclampsie éclater au 3e et au 4e mois.

Il est plus facile d'établir la proportion de l'éclampsie puerpérale au sens strict du mot, c'est-à-dire des convulsions apparues après l'accouchement. Sur les 200 cas, il y en eut 28 = 14 0/0 (Winckel 17 0/0, Löhlein 23 0/0, Schauta 26,4 0/0, C. Braun 24 0/0).

Sur les 200 cas, 5 fois l'éclampsie cessa sans avoir provoqué l'accouchement.

Et la grossesse se termina par l'expulsion d'enfants macérés sans que les convulsions reparussent, circonstance qui, d'ailleurs, ne fait que confirmer les observations déjà faites sur ce point. L'éclampsie est souvent associée avec la mort du fœtus, et cette association a suggéré l'idée que la maladie convulsive pouvait résulter d'une intoxication produite par des éléments issus du fœtus vivant. En faveur de cette idée militent non seulement les faits dans lesquels on voit les convulsions éclater quelques heures ou plus tard après la naissance de l'enfant, mais aussi ceux dans lesquels le fœtus avait succombé déjà depuis longtemps avant leur apparition.

Si le retour de l'éclampsie, après une accalmie de 24 heures, constitue une éventualité rare, elle est néanmoins possible. Ainsi, une primipare, âgée de 21 ans, avait eu le jour qu'elle accoucha d'un enfant avant terme (1,300 gr.) vivant, le 24 mai, plusieurs accès éclamptiques. (Traitement : morphine 0,02 cent., chlo-

ral 3 gr.). Or, l'éclampsie récidiva le 31 mai, c'est-à-dire le 7e jour des suites de couches (2 accès), puis le 8 juin. L'urine était très albumineuse et contenait un grand nombre de cylindres hyalins et granuleux. Autre exemple : après 11 accès d'une éclampsie puerpérale survint une accalmie qui dura 36 heures. Mais, consécutivement à la palpation de l'utérus, éclatèrent un douzième et un treizième accès. Nouvelle accalmie de 24 heures qui, à l'occasion de la même circonstance, fut suivie d'accès répétés (104) auxquels la malade succomba. Leudet (1) a également vu l'éclampsie cesser, l'albumine disparaître, et 2 mois après les convulsions éclater de nouveau.

Le retour de l'éclampsie dans un accouchement ultérieur constitue également une grande rareté. Sur 200 cas, 2 fois il était noté que les femmes avaient déjà eu des convulsions. Dans l'un des cas, il s'agissait d'une IIpare, chez laquelle le 1er accès survint 36 heures seulement après l'accouchement. Dans l'autre, d'une Vpare chez laquelle l'accouchement se fit 24 jours après la cessation des convulsions.

Symptomatologie. — Rien de spécial à noter (douleur gastrique, céphalalgie, amaurose). *Etat de l'urine.* Il a pu être noté dans 168 cas : 4 fois albumine en très petite quantité ou seulement à l'état de traces ; les 4 femmes étaient primipares. L'une d'elles n'eut qu'un accès ; la seconde 3 accès *ante partùm*, la troisième 4 accès *post partum*, en somme, trois éclampsies légères. Mais la 4e, qui était atteinte d'hydramnios eut en 5 jours 1/2 23 accès, fut accouchée au forceps 7 heures après le dernier accès d'un enfant mort depuis peu, et guérit.

Dans tous les autres cas l'albumine était en quantité notable, et même dans la plupart des cas en très grande abondance. En ce qui concerne la présence d'éléments figurés dans l'urine, cette recherche n'a été faite que dans 59 cas. 7 fois seulement elle fut négative. Dans les autres, on constata toujours des cylindres plus ou moins nombreux, tantôt hyalins, tantôt granuleux ; souvent des éléments épithéliaux du rein, et 4 ou 5 fois des globules sanguins.

L'ictère fut noté 2 fois. L'un des cas se termina par la mort L'autre fut suivi de guérison après 10 accès survenus après la

(1) Leudet. *Gaz. hebdom.*, 1854, 1, 28.

naissance de 2 jumeaux vivants. Braun avait déjà constaté l'apparition de l'ictère, et de ce fait, avait supposé une *éclampsie cholémique*. Récemment, Stumpf a attiré l'attention sur cette complication, qu'il place sous la dépendance de déchirures vasculaires et d'hémorrhagies dans le tissu du foie.

Olshausen signale aussi chez certaines femmes une *perte relative de la mémoire*, s'étendant non seulement sur l'intervalle écoulé depuis le 1er accès, jusqu'au retour à la conscience, mais aussi sur un certain laps de temps antérieur à ce premier accès.

Anatomie pathologique. — Dans presque tous les cas qui donnèrent lieu à un examen nécropsique, il existait des altérations des reins. Dans 22 sur 37, on constata au niveau des reins les phénomènes d'un processus aigu ou subaigu, siégeant dans le parenchyme rénal, tantôt se manifestant surtout par une dégénérescence graisseuse aiguë des éléments épithéliaux de la substance corticale, tantôt par une altération profonde du parenchyme rénal. Dans deux cas les modificatione pathologiques étaient faibles. Dans d'autres cas, il existait une néphrite interstitielle chronique à laquelle s'étaient surajoutées des altérations parenchymateuses aiguës. Dans un cas, il y avait néphrite interstitielle chronique gauche et, à droite, néphrite parenchymateuse récente. Habituellement les lésions parenchymateuses étaient bilatérales. En un certain nombre des cas de néphrite parenchymateuse simple ou compliquée, le parenchyme était le siège de nombreuses apoplexies ; dans un cas, il existait de la néphrite glomérulaire. Dans deux cas, on ne trouva que de l'hyperhémie rénale ; l'une des malades était morte 29 jours seulement après l'accouchement (de pyopneumothorax), et les altérations rénales pouvaient bien avoir rétrocédé.

Chez une seule malade, on ne releva aucune altération du rein. Elle avait eu 21 accès éclamptiques, dont la moitié après l'accouchement. Elle mourut de pneumonie cinq jours après avoir accouché, peut-être les lésions avaient-elles aussi rétrocédé. L'urine en effet avait contenu beaucoup d'albumine, un grand nombre de cylindres hyalins et granuleux et des globules rouges.

Dans un de ces 37 cas, les deux reins étaient profondément altérés, et ce cas, au point de vue de la signification de l'éclampsie, offrait un intérêt spécial. Le rein droit était un rein kystique fœtal (fötale cystenniere) du volume d'un œuf de pigeon. L'uretère

droit était d'une minceur normale, filiforme. Le rein gauche était le siège d'une hydropisie assez accusée, il était formé d'une seule pyramide. L'uretère gauche, au détroit supérieur et en remontant, était notablement dilaté.

État des uretères. — Dans 5 cas, l'uretère droit était dilaté, généralement d'une façon assez modérée, sans hydronéphrose ou avec hydronéphrose minime. Une fois, léger degré d'hydronéphrose droite sans dilatation de l'uretère droit; dans un autre hydronéphrose gauche avec dilatation de l'uretère correspondant avec rein cystique droit (obs. citée plus haut).

État du cerveau. — 30 cas furent utilisés pour ces recherches. Dans 16, œdème de la substance cérébrale et de la pie-mère, mais, en général, à un faible degré. Dans 5 cas, état apoplectique du cerveau, dans deux hématomes volumineux de la pie-mère, dans 5 autres hypérémie du cerveau et la plupart du temps de ses enveloppes. Dans les autres cas, la vascularisation cérébrale et la quantité du liquide céphalo-rachidien ne s'écartaient pas trop des conditions normales.

Olshausen mentionne les *altérations du tissu hépatique*, si fréquentes chez les éclamptiques, et qui sont le point de départ de l'ictère qui parfois se développe après l'éclampsie. Ces altérations donnent-elles encore lieu à d'autres désordres graves, qui contribueraient à amener la mort, ce point reste douteux. Mais on considère aujourd'hui comme chose très vraisemblable que les embolies graisseuses constatées dans les poumons et les reins d'éclamptiques, sont sous la dépendance de ces altérations hépatiques (relation soupçonnée par Virchow dès 1886). Et la démonstration par Jürgens de la production d'embolies de cellules hépatiques est venue fortifier cette opinion.

Mortalité. — Des 200 éclamptiques, 50 moururent. Multipares ou primipares furent frappées dans la même proportion de léthalité, contrairement aux moyennes établies par d'autres observateurs, Schauta par exemple, donne les chiffres suivants : mortalité pour les multipares 44,8 0/0, pour les primipares 37,3 0/0; Löhlein pour les multipares 33,3 0/0, pour les primipares 20,5 0/0.

9 fois la femme succomba pendant la grossesse ou l'accouchement; une fois, on fit, sur la femme mourante, la section césarienne dans l'espoir de sauver l'enfant. Dans les 40 autres cas, la mort survint durant les suites de couches;

Le 1er jour, 15 fois.
Le 2e — 9 —
Le 3e — 5 —
Le 4e — 4 —
14e, 15; 29e; 35e; 14e, une fois.

Dans 10 cas, l'issue fatale ne fut la conséquense ni de l'éclampsie ni de ses suites directes, mais de processus divers (granulie aiguë, néphrite parenchymateuse, septicémie aiguë, septicémie, endocardite chronique, stéatose cardiaque, pleurésie suppurée, infection septique, endocardite ulcéreuse, etc.).

Ces faits étant écartés, le chiffre de la mortalité par éclampsie tombe à 25 0/0, chiffre relativement peu élevé en comparaison des statistiques antérieures : Dohrn, 29 0/0 ; Löhlein, 28 0/0 ; Scanzoni, 32,9 0/0 ; C. Braun, 31,8 0/0 ; Hugenberger, 35,1 0/0 ; Brummerstädt, 37,8 0/0 ; Hofmeier, 39,4 0/0. Toutefois, d'autres statistiques récentes sont encore beaucoup plus favorables, Winckel, 7 — 10 0/0 ; G. Veit accuse 2 morts sur 66 cas et J. Veit pousse l'optimisme jusqu'à dire qu'on est en droit d'espérer une issue heureuse dans cette affection. La plus récente statistique de Löhlein donne 23,7 0/0. Olshausen fait remarquer qu'il faut pour apprécier justement la mortalité qu'il a observée (25 0/0) tenir compte de ce fait que la plupart du temps il s'agit, à l'hôpital, d'éclampsies particulièrement graves.

Pronostic. — Il est très difficile de l'établir. Les opinions des auteurs sont très divergentes. Olshausen considère que l'éclampsie puerpérale, au sens strict du mot, peut être très légère et extrêmement grave. Un accès éclate-t-il tout de suite après l'accouchement, assez souvent il reste isolé ou n'est suivi que de quelques autres. Toute la maladie se joue en 1 ou 2 heures. Par contre, les convulsions apparaissent-elles beaucoup de temps, une demi-journée par exemple, ou davantage après l'accouchement, la maladie est habituellement tout à fait grave.

Le nombre des accès qui ont déjà eu lieu a une importance pronostique considérable. Quand il s'élève à 15 ou au delà, le pronostic est défavorable. De 36 malades qui eurent plus de 15 accès 20 succombèrent. Winckel dit qu'il n'a jamais observé la guérison après 18 accès. Pourtant, sur les 16 cas de guérison relatifs à des femmes qui avaient eu de nombreux accès, 6 d'entre elles en avaient eu de 22 à 39. Néanmoins, dans les cas d'accès nombreux,

il ne reste pour ainsi dire d'espoir de guérison que lorsque la maladie affecte une allure pour ainsi dire chronique, c'est-à-dire quand les accès ne se succèdent pas à intervalles très courts.

Indépendamment du nombre, le *caractère des accès* importe beaucoup (intensité excessive, succession rapide, résistance absolue même à une thérapeutique énergique). De même, l'*élévation considérable de la température*, est toujours un symptôme défavorable. Dans 37 cas, la température monta à 39° et au delà, soit pendant les accès ou durant le coma.

De ces 37 femmes, 15, soit 40,5 0/0 succombèrent. D'une manière générale, l'hyperthermie dépend beaucoup du nombre des accès. Ainsi, dans 39 cas dans lesquels la température atteignit ou dépassa 39°, le nombre moyen des accès fut de 15. Dans les 130 autres où la température resta au-dessous de 39°, le nombre ne fut que de 9. Plus importants encore sont les *caractères du pouls*. Sa petitesse et sa grande fréquence, durant les accès ou après leur cessation, assombrissent beaucoup le pronostic. Dans la majorité des cas, le pronostic reste douteux non seulement pendant les accès, mais aussi durant le coma. D'autre part, les maladies secondaires, parmi lesquelles les affections pulmonaires et la septicémie jouent le principal rôle, doivent être prises en considération.

La *fréquence de la septicémie* chez les éclamptiques ressort de presque toutes les statistiques. (Löhlein, 106 éclamptiques, morts 40, septicémie 4 cas; Brummerstädt 135 éclamptiques, morts, 51, processus puerpéraux divers, 13; C. Braun, 44 éclamptiques, processus puerpéraux 9, avec 5 terminaisons fatales.) Par contre, dans la récente statistique de Löhlein il n'est noté sur 325 cas d'éclampsie que 4 cas de septicémie et de pyémie. Cette fréquence des processus puerpéraux chez les éclamptiques peut sans doute s'expliquer par la fréquence des interventions rendues nécessaires, mais elle peut être aussi sous la dépendance d'une prédisposition spéciale de ces malades à l'intoxication septique, ce qui est aussi le cas pour les sujets atteints d'anémie aiguë.

Le chiffre de la mortalité infantile est encore plus élevé que celui de la mortalité maternelle. Abstraction faite des cas d'éclampsie puerpérale au sens absolu du mot, des cas dans lesquels l'éclampsie n'interrompit pas la marche de la grossesse, de ceux dans lesquels la femme mourut avant la terminaison de l'accouchement, de ceux enfin dans lesquels, au moment de l'interruption de la

grossesse, le fœtus n'était pas encore viable, il reste 153 enfants dont 43 vinrent mort-nés, soit 28 0/0, au lieu de 25 0/0 chiffre de la mortalité maternelle. *Le nombre et la succession rapide des accès* sont encore plus fatales aux fœtus : en général, après 12-15 accès l'enfant a succombé. Toutefois cette formule souffre des exceptions. Ainsi, 2 fois l'enfant vint vivant, bien qu'il y eut eu 26 accès. Les agents médicamenteux employés (morphine) exercent aussi une influence sur la vitalité infantile. Ainsi, *on a vu des enfants venir au monde dans un véritable état de narcose morphinique.* Malgré l'absence de tout symptôme d'asphyxie, les mouvements respiratoires sont superficiels et lents, il en est de même des mouvements des membres. La pupille est parfois fixe et contractée, et, à un examen superficiel, on pourrait méconnaître la cause réelle de cet état.

Traitement de l'éclampsie. — Ce traitement est encore empirique. A la narcose chloroformique si en vogue, Olshausen préfère en général, l'usage de la morphine à hautes doses, comme l'a préconisé G. Veit. Comme première dose, 0,03 cent. en injection sous-cutanée, qu'on fait suivre d'une nouvelle dose si les accès ne sont pas arrêtés ; il est rare que la quantité totale de morphine employée dépasse 0,06 centigrammes ; toutefois, dans les cas, à évolution pour ainsi dire chronique, c'est-à-dire se prolongeant plusieurs jours, la dose totale a pu arriver à 0,27 centigr. et la femme a guéri. Quand l'état des pupilles (pupilles très contractées) ou du pouls (petit) paraît contre-indiquer la morphine, on a recours aux lavements de chloral (2-3 grammes). La narcose chloroformique doit être réservée pour les cas, relativement assez rares, dans lesquels les accès se répètent à des intervalles assez réguliers. Dans les autres, il faut ou maintenir très longtemps la malade sous l'influence du chloroforme ce que l'auteur ne juge pas recommandable, ou bien on donne le chloroforme aux premiers symptômes d'un accès, et alors il vient trop tard et ne le coupe pas.

Des diaphorétiques, préparations bromurées, bains, etc., il n'est fait aucun usage pendant l'attaque d'éclampsie, on supprime soigneusement toutes manœuvres inutiles, parce que trop souvent elles provoquent l'accès. On observe des cas dans lesquels la palpation même prudente de l'utérus, l'expression du placenta, la piqûre faite avec l'aiguille de Pravaz, etc. suffisent à déterminer les convulsions. Quand, dans l'état comateux, la respiration au

niveau des voies respiratoires supérieures s'accompagne d'un bruit de râle constant, il convient d'attirer hors du lit la partie supérieure du corps de la malade et d'abaisser fortement sa tête. Il n'est pas rare alors de lui voir rendre des quantités colossales de mucus, évacuation qui est suivie d'une respiration plus facile et d'une diminution de la cyanose.

En ce qui concerne le *traitement chirurgical*, l'auteur le résume de la façon suivante : Chez les multipares percer aussitôt que possible la poche des eaux pour provoquer ou accélérer l'accouchement. Quand l'orifice externe n'oppose plus d'obstacles, intervenir avec le forceps. Il faut ne recourir à la version et aux incisions de l'orifice externe qu'avec beaucoup de circonspection. Dans quelques cas, on peut dans l'intérêt de la mère, ou dans l'intérêt de l'enfant, la mère étant mourante, faire la césarienne ; mais, à ce point de vue, il est impossible de formuler des règles précises.

Nature de la maladie. — L'éclampsie consiste en une intoxication, conséquence d'un trouble fonctionnel du rein en général assez aigu. Ce trouble fonctionnel est lui-même, dans le plus grand nombre des cas, sous la dépendance d'altérations aiguës ou subaiguës du parenchyme rénal, surtout de l'épithélium des canaux urinifères. Il est plus rare que les troubles de la sécrétion rénale relèvent de néphrites parenchymateuses chroniques (mal de Bright) ou de néphrites interstitielles. En certains cas, à une néphrite chronique interstitielle se surajoute une dégénérescence graisseuse aiguë, et l'association des deux processus détermine d'autant plus facilement les accidents éclamptiques. Exceptionnellement, d'autres états pathologiques des reins, à la faveur de circonstances particulièrement favorables (par exemple, trouble fonctionnel antérieur de l'un des reins), sont susceptibles de provoquer des troubles aigus de la sécrétion urinaire (compression des uretères, hydronéphrose). Il faut encore signaler l'influence pathogénique des altérations du parenchyme rénal produites par des substances toxiques (acide phénique, sublimé). La connaissance de ces dernières altérations est venue donner à la théorie de l'intoxication un nouveau fondement. R. L.

De la théorie de l'éclampsie (Zur Theorie der Eklampsie), O. Herff. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 12, p. 230.

Si l'on compare, abstraction faite de leur étiologie, les accès con-

vulsifs de l'épilepsie, de l'éclampsie et de l'urémie, on trouve entre eux une très grande similitude. En réalité, il s'agit là d'un complexus symptomatique, qui peut être créé par des causes diverses, mais dont le point de départ doit être recherché dans les centres cérébraux psycho-moteurs et dans les cellules ganglionnaires sous-corticales. D'autre part, des faits cliniques nombreux démontrent que ce complexus symptomatique exige souvent, pour se produire, une excitabilité spéciale des centres nerveux cérébraux.

Or, cette disposition particulière peut résulter de conditions diverses, les unes congénitales, les autres acquises, et qui peuven être rangées en divers groupes : 1) les *intoxications* et en première ligne l'intoxication uratique ; 2) les *infections* ; 3) les *maladise du système circulatoire* (l'influence étiologique de ces malades vis-à-vis de la disposition aux convulsions est peu connue) ; 4) les *affections du système nerveux.*

On observe des cas d'éclampsie dans lesquels les troubles du côté du rein sont minimes, non plus accusés, ainsi que le faisait remarquer encore récemment Virchow, que dans une infinité de faits qui ne donnent pas lieu à l'éclampsie. Il faut donc admettre dans les premiers une condition toute spéciale, une disposition éclamptigène « *eklamptischen Labilitat* », particulière à la gestation, et principalement aux primipares, que cette disposition soit l'effet d'une tare neuro- ou psychopathique (cas héréditaires), qu'elle soit acquise (intoxications, infections, autres états pathologiques), ou qu'elle soit la conséquence de l'irritabilité physiologique liée à la grossesse elle-même. Cette manière de voir est fortifiée par le fait qu'on a constaté un développement considérable de faisceaux nerveux au niveau des organes génitaux durant la gestation.

Nous devons d'autant moins facilement repousser cette hypothèse d'une « disposition éclamptigène », créée par l'irritabilité physiologique de la grossesse, qu'elle nous permet de comprendre la fréquence plus grande de l'éclampsie chez les primipares, au cours des grossesses gémellaires, chez les femmes à bassin étroit, dans les cas d'hydramnios, aussi bien que son apparition en l'absence de toute affection organique. L'auteur range ces éclampsies sous l'étiquette d' « *éclampsie de la gestation* ».

Les *primipares* deviennent plus souvent éclamptiques parce que, du fait de la grossesse, elles subissent des irritations tout à

fait nouvelles, les *femmes mal nourries, mal développées* parce que ces irritations physiologiques sont malgré tout disproportionnées à leurs forces, les *femmes atteintes de grossesse gémellaire, d'hydramnios* parce qu'elles subissent des irritations exagérées, et que ces irritations mettent, par voie réflexe, les centres psycho-moteurs dans un état spécial, propre à produire les convulsions. Il se crée une sorte d'opportunité morbide, et cette façon d'interpréter les choses, permet en outre de comprendre comment une excitation même légère peut être la cause occasionnelle des accès les plus violents.

R. L.

VARIÉTÉS

Société obstétricale de France.

COMITÉ D'INITIATIVE. — Composé des professeurs de Clinique d'accouchements des Facultés et des Membres de la Section d'accouchements de l'Académie de médecine.

Présidents d'honneur: BOUCHACOURT, F.-J. HERRGOTT, STOLTZ.

Président : TARNIER.

Membres : BARTHEZ, BUDIN, CHARPENTIER, FOCHIER, GAULARD, GRYNFELTT, GUÉNIOT, A. HERRGOTT, HERVIEUX, MOUSSOUS, PINARD ROUVIER (de Beyrouth), DE VILLIERS.

CROUZAT (de Toulouse), *Secrétaire.*

ARTICLE PREMIER. — La Société obstétricale de France a pour but de grouper les accoucheurs désireux de mettre en commun les résultats de leurs recherches personnelles et de leur expérience professionnelle.

ART. 2. — Les Membres de la Société se réuniront en session, une fois par an, à Paris, pendant la semaine de Pâques; chaque session comprendra un nombre de séances fixé d'avance.

ART. 3. — Seront de droit *Membres fondateurs :* les Professeurs honoraires et titulaires d'accouchements, les Membres de la Section d'accouchements de l'Académie de médecine, les Agrégés en accouchements, les Chefs de services d'accouchements, les Médecins et les Chirurgiens dirigeant ou ayant dirigé une Maternité ou un Service d'accouchements, les Accoucheurs du Bureau central,

les Chefs et anciens Chefs de clinique d'accouchements, qui auront adhéré à la fondation de la Société avant la première session (1892).

ART. 4. — Seront *Membres titulaires* les docteurs en médecine qui en auront fait la demande ; celle-ci devra seulement être agréée par la majorité des Membres fondateurs, lors de la première séance. Ils ne seront pas tenus de présenter un travail à l'appui de leur candidature, condition qui deviendra obligatoire après la première session.

ART. 5. — La cotisation annuelle sera de 20 francs.

. . . .

Avant la première session, les Membres fondateurs et titulaires recevront un PROJET DE STATUTS ET DE RÈGLEMENT.

Au commencement de la première session, la SOCIÉTÉ ÉLIRA SON BUREAU.

Cette première session aura lieu à la Faculté de Médecine de Paris (salle Laënnec) les 21, 22 et 23 avril 1892. — La première séance sera ouverte le jeudi 21 avril à 2 heures.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Allaben. Hydatid tumors. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1891, III, 612. — **Bandisch**. 80 *Fälle v. Ovariotomie aus d. gynæk. Klinik z. Königsberg* (mai 1889, fév. 1892), Königsberg, 1892. — **Cioja**. *Fisologia ed igiene della menstruazione*, Milano, 1891. — **Giglio**. Il bacillo dell' edema maligno negli accessi della pelvi. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1891, p. 240. — **Kleinwachter**. Das Verhalten der genitalien bei Morbus Basedowii. *Cent. f. gyn.*, 1892, n° 10, p. 181. — **Lambotte**. Hystérie convulsive depuis vingt ans; salpingectomie, guérison. *Clinique*, Brux., 1891, V, 710. — **Marcus** (Jule-E). Mammary abcess in the virgin. *The Cincinnatti Lancet*, 17 janv. 1891, p. 71. — **Marcy**. Femoral hernia in women. *Medical Standard*, Chicago, novembre 1891, X, p. 128. — **Paton**. Some points in the anatomy and physiology of the uterus with special reference to the adenoïd character of the endomentrium. *Méd. Rec.*, N.-Y., 1891, XL, 760. — **Ross**. Gynecological cases at the St-Elisabeth's Hospital, *Boston Med. and Surg. Journal*, 8 oct. 1891, CXXV, p. 370. — **Schantes**. *Vier Fälle von accessorischen Ovarien*. Kiel, 1891. — **Schopf**. Uebertragung von Carcinom auf frisch Wunden

in einem Falle von vaginaler Totalextirpation des Uterus. *Wien. klin. Whcnsch.*, 1891, IV, p. 840. — **Symington**. Notes on the Effects of Tight Lacing upon the Position Abdominal viscera. *Edinb. m. Journ.*, janvier 1892, p. 616.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Brandt**. Treatment of the diseases of women. *Wood's M. and S. Monog.*, N.-Y., 1891, XII, 3. — **Bröse**. Die galvanische Behandlung der Fibromyome des Uterus. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, Bd XXIII, Hft. 1, p. 270. — **Cushing**. Schall we use the uterine sound to correct backward displacements of the uterus. *Buffalo M. and S. J.*, 1891-2, XXXI, 201. — **Decoud**. Tratamiento de las metritis. *An. d. Circ. med. argent.*, Buenos-Aires, 1891, XIV, 470. — **A. Dührssen**. Ueber den Werth der gynäkologischen Massage nach Thure-Brandt. *Berliner klin. Wochens.*, n° 44, 26 oct. 1891, p. 1065. — **Fry**. The treatment of cancer of the uterus by means of galvano-cantery. *Med. Progress*, Louisville, 1891, VI, 479. — **William Goodell**. The radical treatment of uterine cancer. In *Medical News*, Philadelphia, 5 décembre 1891, LIX, p. 641. — **Hayd**. Two cases of fibroïd in which electricity ceased to be of service, and, in fact, was positively injurious. *Times and Reg.*, N.-Y. et Philad., 1891, XXIII, 377. — **Inverardi**. Dodici casi di ovaro-salpingectomia. *Annali di ost. et ginec.*, Milano, 1892, p. 232. — **Kellogg**. Summary of my personal experience with electrolysis in the treatment of fibroïd tumours. *Times and Reg.*, N.-Y. et Philad., 1891, XXIII, 432. — **Lembcke**. *Beitrag zur Therapie der Endometritis chronica*, Berl., 1891. — **Lorenz**. Drei Falle von Cocainintoxikation. *Cent. f. gyn.*, 1891. — **Mackenrodt**. Zur Elektrotherapie der Myome. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, Bd XXIII, Hft 1, p. 288. — **A. Martin**. Ueber die Combination der Exstirpatio uteri vaginalis mit plastischen Operationen im Becken. *Berliner Klin. Wochens.*, n° 45, 2 nov. 1891, p. 1085. — **Milton**. On the treatment of inflammation of the endometrium by intubation, especially in the puerperal and other septic forms. *Lancet*, Lond., 1891, II, 871. — **Montgomery**. Abdominal section with its details. *Medical Age*, Détroit Michigan, 10 nov. 1891, IX, p. 646. — **Nagel**. Ueber die elektrische Behandlung der Frauenkrankheiten. *Zeitsch. f. u. gyn.*, Bd XXIII, Hft 1, p. 280. — **Ott**. Instrument zur Fixation des Gummischlauches. *Cent. f. gyn.*, 1892, n° 10, p. 177. — **Palmer**. The gynecological uses of certain medicinal remedies, mostly new. *The Cincinnati Lancet*, octob. 3, 1891, p. 427. — **Pée**. Ueber Ichthyol und Lysol in der Gynækologie und Geburshülfe. *Dentsch. med. Wochnschr.* Leipz., 1891, XVII, 1219. — **Poole**. Some suggestions as to the mode of action of the galvanic current in gynecological practice. *Arch. Gynæc., obst. & Fœd.*, N.-Y., 1891. VI, 687. — **Schaeffer**. Die elecktrische Behandlung der Uterusmyome. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, Bd XXIII, Hft 1, p. 229. — **Ter-Grigoriantz**. Ueber die Anwendung des Iodoformtannins bei flüssigen Exsudation und Bortannins bei Blutungen. *Cent. f. gyn.*, 1891, n° 46, p. 921. — **Weiss**. Curettement b. Endometritis puerperalis, Wien, 1892. — **Wensel**. Boric acid in non-surgical diseases of women. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1891-2, XVIII, 645.

VULVE, VAGIN. — **Aubert**. Végétations du vagin et du col utérin. *Lyon médic.*, 1892, p. 404. — **Baldy**. A case of hypertrophy of skin of vulva and neighboring parts. *Ann. Gynæc. et Pædiat.*, Phila., 1891, I,

1891-2, V, 132. — **Blumcke.** *Ueber maligne Tumoren der Vulva,* Halle 1891. — **Chaumien.** Quelques mots sur la vulvo-vaginite purulente. *Poitou méd.*, Poitiers, 1891, p. 217. — **Crosti.** Sul processo di cornificazione della vagina nei prolassi. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, 1892, p. 234. — **Dieckerhoff.** Ansteckende bösartige Scheidenentzundung bei Rindern und Pferden. *Berl. thirärztl. Wchnschr.* — **Ferrari.** *Ueber Entwickelung der weiblichen Genitalien,* Marburg, 1891. — **Giulini.** Soor der Vulva. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 52 p. 1049. — **Hallowell.** Kraurosis vulvœ. *Northwest Lancet*, St-Paul, 1891, XI, 661. — **Hasenbalg.** Zwei seltene Tumoren der weiblichen geschlechtorgane. *Zeitsch. f. geb. u. Gyn.*, Bd XXIII, Hft. I, p. 52. — **Kretz.** Ueber einen Fall von Tuberculose des Weiblichen genitalcanales combinirt mit Atresie der Vagina. *Wien. klin. Wchnschr.*, 1891, IV, 758. — **Mangiagalli.** Un caso di rottura del fornice vaginale posteriore con grave emorragia causata dal coito. *Gazz. d. osp.*, Napoli, 1891, XII, 752. — **Mosella.** Contributo allo studio del trombo della vulva. *Gazz. d. osp.*, Napoli, 1891, XII, 583. — **Nieberding.** Ueber eine seltene Anomalie der Vagina. *Sitzungsb. d. phys. med. Gesellsch. zu Wurzb.*, 1891, p. 73. — **Polaillon.** Enorme fibro-myôme de la grande lèvre; opération ; guérison. *Union méd.*, Paris, 1891, LII, 556. — **Strassmann.** Zur Kenntniss der Neubildungen der Scheide. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 41 p. 825. — **Webster.** The nerve endings in the labia minora and clitoris with special reference to the pathology of pruritus vulvœ. *Rep. Lab. Roy. Coll. Phys.*, Edinb., 1891, III, 250.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Fauquez.** Du traitement des déviations utérines ; antéfléxions et rétroflexions par le massage associé à l'application de l'électricité. *Rev. méd. chir. d. mal. d. femmes*, Par., 1891, XVIII, 641. — **Grandin.** The treatment of displacements and of flexions of the uterus. *Internat. Clin.*, Phila., 1891, II, 192. — **Hawkins.** Retroversion with fixation, and remarks on the etiology, prevention and treatment. *Denver M. Times*, 1891-2, XI, 239. — **Hirst.** Vaginal fixation for total prolapse of the uterus. *Ann. Gynœc. and Pæd.*, Phila., 1891-2, V, 164. — **Landfried.** *Ueber operative Behandlung des Prolapsus uteri u. vaginæ.* Heidelberg, 1891. — **Klotz.** Zur operativen Behandlung der retroflexio uteri. *Jahresb. d. Gesellsch. f. Nat. u. Heilk. in Dresd.*, 1890-1, 83. — **Richelot.** Le prolapsus utérin. *Union méd.*, Par., 1891, LII, 481. — **Sänger.** Operative Behandlung der Retrodeviationen des Uterus und Schücking'sche Vaginalligatur. *Cent. f. Gyn.*, janv. 1892, n° 1, p. 1.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Ashby.** Metrorrhagia and menorrhagia of total origin ; laparatomy, cure. *Intern. Clin.*, Phila., 1891, III, 234. — **Bakowsky.** Larges abcès de l'utérus ouverts dans la cavité utérine. *Przegl. lek.*, Krakow, 1891, XXX, 533. — **Baldy.** Cervical cancer in a negress, 28 years old, presumably a virgin. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phila., 1891-2, V, 114. — **Broome.** Cancer of the uterus and its rational treatment. *Weekly M. Rev.*, St-Louis, 1891, XXIV, 361. — **Cory.** Endometritis. *Lancet*, Lond., 1891, II, 1026. — **Crowell.** Amputation versus trachelorrhaphy, *Kansas City M. Rec.*, 1891, VIII, 357. — **Giglio.** Tre casi speciali di endometrite del collo (tubercolosi primitiva ?) *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1892, p. 107. — **Godson.** Does cervical laceration predispose to cancer of the cervix

uteri ? *Med. Press and Circ.* Lond., 1891, III, 543.— **Guastavino**. Dei neoplasmi del segmento inferiore e collo dell' utero in rapporto alle funzioni generative. *Gaz. med. lomb.*, Milano, 1891, 1215 ; 226 ; 239 ; 246 ; 255 ; 226 ; 275 ; 288 ; 297 ; 309 ; 316 ; 327. — **Garrigues**. The immediate closure of laceration of the cervix. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1891, XXIV, 329. — **Hewitt**. Clinical remarks on laceration of the cerxix uteri ; and its effects. *Med. Press and Circ.*, Lond., 1891, LII, 545. — **Ludlam**. Hypertrophy with stellate laceration of the uterine cervix ; *Martin's operation Clinique*, Chicago, 1891, XII, 470. — **Novitski**. Ulcus rodens portionis vaginalis uteri. *Protok. Zasaid. Obsh. russk. Vrach. v. St-Péterb.*, 1891, avril-mai, 30. — **Roby**. Enormous hypertrophic cervix. *Clin. Reporter*, St-Louis, 1891, IV, 302. — **Rosinski**. Bacillenbefund bei Cervicalkatarrh. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 4, p. 65. — **Schwarz**. Uterusrupturen hergoverufen durch aussere Gewaltanwendung. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 2, p. 25. — **Scott**. Some functional uterine troubles. *American Lancet* Detroit Michigan, sept. 1891, XV, p. 321. — **Selmair**. *Ueber primäre, isolirte Hypertrophie des supravaginalen Theiles der Cervix*, Berl., 1891.— **Sexton**. Some thoughts upon Emmet's operation. *Ann. Gynec. J.*, Toledo, 1891, I, 451. — **Spalding**. Dysmenorrhæa and its treatment. *American Lancet*, Detroit Michigan, sept. 1891, XV, p. 324. — **Wylie**. Etiology and treatment of endometritis. *Internat. Clin.*, Phila., 1891, II, 167.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Adams (D.)**. Contribucion al estudio de los fibromiomas uterinos. *Rev. med. de Sevilla*. 1891, XVI, 193 ; 225 ; 257 ; 289 ; 321 ; 353. — **Albert**. Weitere Laparotomien wegen Uterus myomen nebst einer neuem Methode der Stumpf versorgung. *Wien. med. Presse*, 1891, XXXII, 1533. — **Allen**. Fibroïds of the uterus. *Cleveland M. Gaz.*, 1891-2, VII, 1. — **Arrou**. Diagnostic et traitement des corps fibreux accompagnés d'inversion utérine. *Gaz. d. hôp.*, Par., 1891, LXIV, 1145. — **Baer**. A case of fibrosarcoma of the uterus, complicated with pregnancy, treated by hysterectomy with remarks on the management of the pedicle. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phila., 1891, 102.—**Batuaud**. Pathogénie des hémorrhagies en rapport avec les tumeurs fibreuses de l'utérus. *Rev. méd.-chir. d. mal. d. femmes*, Par., 1891, XIII, 577. — **Bewill**. Is extirpatio of the uterus for cancer justifiable. *St-Louis M. and S. J.*, 1891, LXI, 343. — **Bossi**. Una laparoisterectomia totale per fibromioma con modificazione al metodo Martin. *Gaz. d. osp.*, Napoli, 1891, XII, 551 — **Brodtmann**. *Ueber die Anwendung blutstillender Zangen bei der vaginalen totalexstirpation des Uterus.*, Berl., 1891. — **Burrage**. The Apostoli method of treatment. its technique. *Boston med. and Surg. Journal*, 26 nov. 1891, CXXV, p. 565. — **Catterina**. Die subperitoneale Stielbehandlung nach supravaginales Uterus amputation. *Wien. med. Wochschr.*, 1891, XII, 1889-91. — **Dorsett**. A case laparo-hysterectomy for a large intramural fibro-myoma. *Weekly M. Rev.* St-Louis, 1891, XXIV, 405.— **Dührssen**. Bemerkungen zur Technik der vaginalen Totalexstirpation des Uterus. *Charité ann.*, Berl., 1891, XVI, 513. — **Fischel**. Drei Falle von Uterus myom ; verschiedenes operatives Verfahren ; Heilung. *Wien. med. Wchschr.*, 1891, XLI, 1641. — **Franchomme**. Fibrome utérin volumineux, hystérectomie abdominale avec pédicule extrapéritonéal. Mort le 13e jour à la suite d'obstruction intestinale. In *J. d. Sc. méd.*, Lille, 1892, p. 39. — **Grynfeltt**. Sur un polype fibreu de l'utérus. *Gaz. hebdom. d. sc. méd. de Montpel.*, 1891, XIII, 553.

Gusserow. Erfahrungen ueber die vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Erkrankung desselben. *Berl. klin. Wochnsch.*, 1891, XXVIII. — **Johnson**. Two cases of carcinoma uteri. *Bost. M. and S. J.*, 1891, CXXV, 433.—**Karutz**. *Zur Kazuistik der Myomotomie*, Kiel, 1891. — **Krukenberg**. Die Resultate der operativen Behandlung des Carcinoms und Sarkoms der Gebarmutter speciell durch die vaginale Totalexstirpation des Uterus. *Zeitsch. f. geb. u. Gyn.*, Bd XXIII, Hft. 1, p. 94. — **Linsley**. Primary cancer of the uterus. *Proc. N.-York. Path. Soc.*, 1891, 62. — **Mc Intyre**. Hyterectomy for cancer. *Medical Standard*, Chicago, sept. 1891, X, p. 73. — **Martin**. Ueber die Combination der Extirpatio uteri vaginalis mit plastischen operationen in Becken. *Berl. klin. Wchnschr.*, 1891, XXVIII, 1085. — **Matlakowsky**. Contribution à l'étude des myxo-sarcomes de l'utérus. *Gaz. lek.* Warszawa, 1891, XI, 926. — **Monod**. De la valeur des opérations partielles dans le traitement du cancer du col. *Arch. de toc. et gynec.*, fev. 1892, p. 130. — **Mosely**. Vaginal hysterectomy. *Homœop. J Obst.*, N.-Y., 1891, XIII, 479-485. — **Ott**. Ecoulement putride provenant de fibroïdes sous-muqueux, comme indication de l'hystérectomie totale. *J. akush. i jensk. bolies.*, St-Petersb., 1891, VII, 532. — **Pestallozza**. Contributo allo studio del sarcomi dell' utero. *Morgagni*, Milano, 1891, XXXIII, 517. — **Reamy**. Cancer of the uterus. *J. Med. Coll. Ohio*, Cincin., 1891, II, 85. — **Reed**. Observations on the surgical treatment of uterine tumours. *Am. Gynec. J.*, Toledo, 1891, I, 678. — **Reenes** Myomectomy and hysterectomy with intra-peritoneal treatment of the pedicle. *Med. Press. and Circ.*. Lond., 1891, LII, 548; 597. — **Schaller**. *Die Endergebnisse der unter Schröder ausgefuhrten 89 Totalexstirpationen per vaginam wegen Carcinoma uteri*. Berl., 1891. — **Sieberg**. *Beitrag zur Statistik der Cervixmyome*, Marburg, 1891. — **Seeger**. *Ueber Sarkom des uterus*, Berl., 1891. — **Slatemaker**. *Totalexstirpation des Uterus durch Laparotomie*, Arnheim, 1891. — **Werner**. Comparative data in the treatment of uterine tumours *Medical News*, Philadelphia, 22 août 1891, LIX, p. 205. — **Zaramella**. Di un caso di gastro isteropesi per prolasso uterino di terzo grado. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, 1892, p. 233.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES; AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Acconci**. Sulla cura della parametrite suppurata. *Annal. di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 239. — **Baldwin**. A rare case of pelvic dropsy; operation; cure. *Colombus M. J.*, 1891-2, X, 197. — **Bell** (R.). The Pathogenesis and Treatment of oophoritis. *Edinb. M. J.*, février 1892, p. 715. — **Briddon**. The treatment of the graver forms of pelvic suppuration by the intraperitoneal iodoform tampon. *N-Y. M. J.*, 1891, 564. — **Chanutin**. K. vopr. o paravaginitis phlegmonosa dissecans. *Bolnitsch. Gaz. Botkina*, St-Petersb., 1891, II, 809; 837; 856. — **Cheatis**. A case of double pyo-salpinx in a child one year and nine months old. *Lancet*, Lond., 1891, II, 1098. — **Cuellar**. Du curettage comme méthode de traitement dans les affections péri-utérines. *Rev. med.-chir. d. mal. des femmes*, Paris, 1891, XIII, 333; 397; 466; 581. — **Cushing**. Pyosalpinx. *Internat. Clin.*, Phila., 1891, III, 221. — **Davis**. Report of case of hæmorrhagic ovarian disease, with laparotomy for internal hæmorrhage; double ovariotomy; recovery. *Bost. M. and S. J.*, 1891, CXXV, 649. — **Dunn**. Suppurating pelvic hæmatocele. *Northwest. Lancet*, St-Paul, 1891, XI, 345. — **Fromnel**. Pneumonickokken in Eiter bei Pyosalpinx. *Cent. f. Gyn.*, 1892, II, p. 205. — **Hermanni**.

Hæmatom d. Ligamentum latum. Tübingen, 1892. — **Longyear.** Exanthematic oophoritis and salpingitis. *Harp. Hosp. Bull.*, Detroit, 1891, II, 26. — **Martin.** Suffering from ovarian trouble. *Med. and Surg. Reporter*, Phila., 1891, LXV, 692. — **Obalinski.** De l'hématome extra-péritonéal. *Gaz. lek.*, Warsawa, 1891, 2, S., XI, 769. — **Reclus.** De la pelvipéritonite aiguë et de son traitement. *Cong. franç. de chir. Proc.-verb.*, Paris, 1891, 425. — **Steven.** Case of tuberculosis of the Fallopian tubes complicated with tubercular peritonitis and meningitis, and presinting during life signs regarded as those of post-puerperal mania. *Glasgow M. J.*, 1891, XXXVI, 382. — **Spinelli.** Contributo allo studio dell'ematocele peri-uterino extra-peritoneale. *Gazett. d. clin.*, Napoli, 1891, XIII, 534. — **Thomas M. Madden.** Oophoritis its causes and treatment. *The Dublin Jour. of Med. Science*, 1891, mars, p. 186. — **Voskrenski.** De la congestion des trompes de Fallope. *J. akush. i Jensk. boliez*, St-Petersb., 1891, VII, 702. — **Waskressensky.** Experimentelle Untersuchungen über die Pyo und Hydro-salpinxbildung bei den Thier n. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 42.

NÉOPLASMES DE LA TROMPE ET DE L'OVAIRE — **Bauer.** Ovarian cystoma on left, and degenerated on the right side; ovariotomy, removal of both ovaries and tumor; recovery. *St-Louis M. and S. J.*, 1891, LXI, 272. — **Beale.** Fatal rupture of an ovarian cyst in an infant. *Brit. M. J.*, Lond., 1891, II, 1255. — **Boya.** A case of blighted ovum. *American Lancet Detroit Michigan*, novembre 1891, XV, p. 405. — **Buckmaster.** A case of retroflexion and cystic degeneration of the ovary, treated by hysterorrhaphy unsucessfully and cured by electricity. *Times and Reg.*, N.-Y. et Phila., 1891, XXIII, 526. — **George W. Davis.** Report of a case of hæmorrhagie ovarian disease, with laparatomy for internal hæmorrhage : Double ovariotomy ; recovery. *Boston med. and Surg. Journal*, 17 décembre 1891, CXXV, p. 649. — **Hall.** Suppurating cyst. developped from adherent ovaries after repeated attacks of inflammation : secondary operation for the removal of intra-ligamentous cyts. *Ann. Gynec. J.* Toledo, 1891, I, 471. — **Harrington.** A displaced appendix cæci giving rise to symptoms supposed to be due to an ovarian tumor. *Boston med. and Surg. Journal*, 10 décembre 1891, CXXV, p. 624. — **Mann.** Ovarian tumour; diagnosis and operation, *Intern. clin.* Phila , 1891, LXX, 972. **Michnoff.** Cas de cancer primitif des trompes de Fallope. *Protok zasaid. Obsh. rusk. vrach v. St Petersb.* 1891 (avril-mai), 1. — **Jackson Putnam.** Notes on the experience of physician in Boston as regards the question of oophorectomy for nervous symptoms. *Boston med. and Surg. Journal*, 17 décembre 1891, CXXV, p. 644. — **Rosthorn.** Zur Kenntniss des Endothelioma ovari. *Arch. f. gyn.*, Bd X 41, Hft. 3, p. 328. — **J. Rendu.** Kyste de l'ovaire, de consistance dure, avec des métrorrhagies et anciennement pris pour un fibrome. Opération. Guérison. *Lyon médic.*, 1892, p 396. — **Schneider.** *Zur casuistik der operabelen ovarial-Carcinome.* Marburg, 1861. **Staunn.** Removal of a dermoid cyst. *Cleveland M. gaz.* 1890, I, 551-553. — **Strassmann.** Zur Kenntniss der Ovarialtumoren mit gallertigem Inhalt nebst Untersuchungen über Peritonitis pseudomyxomatosa *Zeitsch. f. Geb u. Gyn.*, 1891, XXII, 308. — **Charles Strong.** Laparatomy with removal of cancer of the ovary. *Boston med. and Surg. Journal*, 26 novembre 1891. CXXV, p. 564. — **Sutton.** *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes, including tubal pregnancy.* Lond., 1891.

— **Tedenal**. Quelques considérations sur la rotation des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. *Montpellier méd.*, 1892, p. 85. — **Williams**. Contributions to the histogenesis of the cystomata papillary of the ovary. *Bull. Johns. Hopkins Hosp.* Balt., 1891, II, 149.

ORGANES URINAIRES. — **Caddy**. Supra-pubic cystotomy in retention of urine resulting from cancer of the vagina. *Lancet.* London, 1891, II, 1163. — **Roseberry**. Prolapse of the bladder in the infant. *Med. Rec.* N. Y., 1891, XL, 631. — **Tritschler**. *Ueber den Vorfall der Schleimhaut der weiblichen Harnröhre im kindlichen Alter.* Tubing., 1891. — **Wolters**. *Ueber Hydrocele feminæ.* Kiel, 1891.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Bessellmann**. Beitrag. zur retroperitonealen Stielversorgung. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 47, p. 937. — **Blake**. Alexander's operation. *Boston, M. and S. J.*, 1891, CXXV, 622, — **Fenger**. Ovariotomy during pregnancy. *Atlanta M. and S. J.*, VIII. 458. — **Frascani**. L'inversione del moncone dopo l'amputazione cesarea utero-ovarica e dopo l'isterectomia sopravaginale. *Riforma med.* Napoli, 1891, VII, pt. 3, 697. — **Goodel**. Trendelenberg's position and the use of catgut in hysterectomy. *Ann. Gynæc. and Pædiat.* Phila., 1891-92, V, 109. — **Graham**. Twisting of the pedicle in ovarian tumours. *Australas. M. Gaz.* Sydney, 1891-92, XI, 4. — **Hintze**. *Vier Falle von ovariotomie in der Graviditat.* Marburg., 1891. — **Hughes**. Three cases of hysteropexie cured by the removal of the appendages. *Med. Progress.* Louisville, 1891, V, 172. — **Jay**. Abdominal hysterectomy. *Eclec. M. J.* Cincin., 1891, LI, 512 — **Kikkert**. *De stompbehandling bij hijsteromyomectomie.* Leiden, 1891. — **Lee**. The ultimate results of removal of the uterine appendages. *Univ. M. Mag.* Phila., 1891, IV, 187. — **Lusk**. The remate results of the removal of the ovaries and tubies. *Tr. Ass. Am. Physicians.* Phila., 1891, VI, 75. — **Morro**. *Die Indicationen der ventralen Methode der Total extirpation des Uterus.* Halle, 1891. — **Picqué**. Des indications de la laparotomie subpéritonéale dans le traitement des collections liquides de la trompe. *Rev. de cliniq. et de thérap.* Par., 1891, 701. — **Pozzi**. Résection partielle de l'ovaire et salpingorrhaphie. *Méd mod.* Par., 1891, II, 735. — **Price**. Complications in pelvic and abdominal surgery, and how to deal with them. *Am. J. Obst*, N.-Y., 1891, XXIV, 1409. — **Price**. Interesting cases of abdominal tumors. *Med. and Surg. Reporter.* Phila., 1891, LXV, 930. — **Sinkler**. The remote results of removal of the tube and ovaries. *Univ. M. Mag.* Phila., 1891, IV, 173. — **Skene**. Ventralfixation of the uterus. *Internat. Clin.* Phila., 1891, II, 212. — **Stamm**. — On the value of draining the pelvis with large tubes and iodoform ganze strips in cases of bleeding after laparotomy. *Columbus M. J.*, 1891, X, 241. — **Storer**. Case of double ovariotomy. *Bost. M. and S. J.*, 1891, CXXV, 699. — **Sutton**. Effects of double ovariotomy and oophorectomy on the secondary sexual characters of women. *Intern. Clin.* Phila., 1891, II, 216. — **Thomas**. Conservative Surgery applied to the ovary. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, XL, 729. — **Van de Warker**. Temporary compression of the stump in laparo-hysterectomy; a new method. *Ann. Gynec. J.*, Toledo, 1891, I, 662. — **West**. Report of ten cases of laparotomy. *South. M. Rec.*, Atlanta, 1891, XXI, 591.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Bäcker**. Facteurs passifs du travail. *Orvosi hetil.*, Budapest, 1891, XXXV, 317, 332 ; 344 ; 371 ; 381 ; 395. — **Day (J. R.)** The supervision of normal parturition. *Homœop. J. Obst.*, N.-Y., 1891, XIII, 485. — **Laskine**. Comment il convient de pratiquer un accouchement simple. *Gaz. d. hôp.*, Paris, 1891, LXIV, 1,041. — **Maydell (L.)**. *Zur Frage über die gegenseitige Abhängigkeit der Kopf und Rückendrehung nach vorn im Mechanismus der Schädelgeburten.* Dorpat, 1891. — **Mermann**. Vierter Bericht über 200 geburten ohne innere Desinfektion. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 11, p. 207 — **Raud**. — The perineum, how to preserve it ? *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, XI, 677.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALE. — **Bossi**. Sulla riproduzione della mucosa dell' utero. *Gazz. d. osp.*, Napoli, 1891, XII, 783. — **Bonnaire (E.)**. Topographie et examen clinique du bassin chez la femme rachitique. *Gaz. d. hôp.*, Paris, 1891, LXIV, 1197. — **Bowers**. Cystic degeneration of the choriotic villi. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1891, III, 625. — **Bressler**. Report of a case of cystic degeneration of the chorion (hydatiform mole). *Maryland M. J.*, Balt., 1891-92, XXVI, 206. — **Cuno (Friedrich)**. *Ueber Veränderung von Myomen in der Schwangerschaft.* Würzb., 1891. — **Ferraresi**. Del bacino ampio ; considerazioni anatomische e cliniche. *Riforma Med.*, Napoli, 1891, VII, 37. — **Gartner**. Versuch der praktischen Veraverthung des Nachweisses von Eiterkokken im Schweisse Septischer. *Cent. f. Gyn.*, nov. 1891, n° 40, p. 801. — **Herman**. *First lines of midwifery, a guide to attendance on natural labour for medical students and midwives.* Lond., 1891. — **Kemper**. On thousand cases of labor, and their Lessons. In *Medical News*, Philadelphia, 12 sept. 1891, LIX, p. 285. — **Lauderer**. Ueber Beckenmessung. *Zeitsch. f. G. u. Gyn.*, Bd XXIII, Hft 1, p. 159. — **Levi**. Il collo ed il segmento inferiore dell' utero alla fine della gravidanza e durante il parto. *Riv. di Ostet. e Ginecol.*, Torino, 1891, II, 305. — **Merk (Attal)**. *Die Veränderlichkeit der Beckenmaasse und deren Ursachen.* Würzb., 1891. — **Neustube**. *Study on the liquor amnii.* St Petersb., 1891. — **Ostrogorski**. *Altérations morphologiques du sang sous l'influence de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.* St-Petersb., 1891. — **Rrummel (Rudolf)**. *Ueber Myxoma Chorii.* Halle, 1891. — **Pestalozza**. Studii anatomici e clinici sull' utero in gravidenza e in Travaglie. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1892, p. 237. — **Scott (William)**. Anæstheties in normal labor. *The medical age. Détroit Michigan*, 10 déc. 1891, IX, p. 712. — **Raineri**. Sull' evoluzione spontanea di un feto a termine. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1892, p. 17. — **Wolbach**. *Ueber Placenta accreta.* Tubingen, 1891.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Lockhart**. The obstetric forceps. *Montreal M. J.*, 1891-92, XX, 410. — **Marini**. Altre osservazioni cliniche sull' applicazione del dilatatore Bossi per la provocazione rapida del parto. *Gazz. d. Osp.* Napoli, 1891, XII, 802.

DYSTOCIE. — **Aalasmer**. Een geval van sectio cæsarea, hoofdzakelik ten gevolge van verlenging von den cervise uteri. *Nederl. Tijdschr.*,

v. Verloosk. en Gynæc., Haarlem, 1891, III, 109. — **Bain (D. B.)**. On a case of complete occlusion of the os uteri. *Lancet*, Lond., 1891, II, 1096. — **Bischoff (Ern.)**. *Ueber Complication der gravidität mit Ovarialtumoren.* Halle, 1891. — **Bourrus**. *Etude sur les formes anormales de l'utérus gravide; leur influence sur la grossesse; l'accouchement et la délivrance.* Bordeaux, 1891. — **Fedoroff (I. I.)**. Case of conservative caesarean section in extreme stricture of pelvis. *J. akush. i jensk-boliez.* St-Petersb., 1891, VII, 729. — **Felsenreich**. Zur Interstitialschwangerschaft. *Wien. med. Wchnschr.*, 1891, XLI, 1769. — **Flaischlen**. Myomotomie in der Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 10, p. 185. — **Flœk**. *Die Geburten von alten Erstgebarenten.* Marburg, 1891. — **Greene (R. W.)**. Moderately contracted pelvis. *Med. Communicat. Mass. M. Soc.*, Bost., 1891, XV, 505. — **Graettinger**. The contracted pelvis. *Tr. Wisconsin M. Soc.*, Madison, 1891, XXV, 84. — **Landsberg**. Ueber Dystokien und die Beziehung der Endometritis zu denselben. *Frauenarzt*, Berl., 1891, VI, 448. — **Layton**. Dystocia from bifid uterus. *N. Orl. M. and S. J.*, 1891, XIX, 412. — **Maygrier**. De la rigidité du col utérin pendant l'accouchement. *Semaine médicale*, Paris, 1891, XI, 421. — **Muller**. Beitrag zur Behandlung der Portiocarcinomis am Ende der Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 6, p. 97. — **Powers (L. M.)**. An anomalous uterus, complete inversion of the uterus following expulsion of the child. *South. Calif. Pract.*, Los Angeles, 1891, VI, 505. — **Reckert**. *Ueber den Einfluss der Castration auf das Wesen des osteomalacie.* Wurzb., 1891. — **Remy**. Enclavement de la tête dans les positions postérieures du sommet et dérapement du forceps. *Arch. de toc.*, fév. 1892, p. 146. — **Sercha (M.)**. Rupture of uterus during labor caused by hydrocephalus of fœtus. *Przegl. lek.*, Krakovv, 1891, XXX, 529. — **Schwarz**. Placenta prævia in utero bicorn. unicoll. sept. *Orvosi hetil.*, Budapest, 1891, XXXV, 294. — **Thorn**. Zur Kasuistik der Kastration bei osteomalakie. *Cent. f. Gyn.*, nº 41, p. 828. — **Walker**. A labor case made difficult by the faulty presentation and size of the child. *Univ. M. Mag.*, Phila., 1891, IV, 293. — **Williams (J. W.)**. Case of premature labor with occipital hydrencephalocèle. *Med. News*, Phila., 1891, LIX, 629.

GROSSESSE. — **Alessandrini**. Un caso di mola vesicolare. *Gaz. di osp.*, Napoli, 1891, XII, 832. — **Ballantyne**. Maternal impressions. *Tr. Edinb. obst. Soc.*, 1890, I, XVI, 7. — **Cushing**. Pregnancy. *Intern. Clin.*, Phila., 1891, III, 224. — **Drzewiecki**. Ueber den Einfluss der Eindrucke der Mutter auf den Fœtus oder das sogenannte « Versehen » der Schwangeren. *Wien. med. Wchschr.*, 1891, XII, 1809; 1856. — **Gordon**. Ptyalism of pregnancy. *Brooklyn M. J.*, 1892, VI, 6. — **Hirst**. Ptyalism in five successive pregnancies. *Bost. M. and S. J.*, 1891, CXXV, 395. — **Lahmann**. Ueber den Einfluss der Diätetik in der Schwangerschaft auf die grösse der Frucht. *Int. klin. Rundschau*, Wien, 1891, V, 1759; 1801. — **Mann**. The early diagnosis of pregnancy. *Intern. Clin.*, Phila., 1891, I, 160. — **Mars (A.)**. Progress of pregnancy with excessive tympanites caused by prolapsus of intestine. *Przegl lek*, Krakow, 1891, XXX, 593. — **Nieden**. Ueber anorme Thran secretion als Reflexerscheinung von Schwangerschaft. *Klin. Monat f. Augenh.*, Stuttg., 1891, XXIX, 350. — **Palmer**. The nause vomiting of pregnancy, with special reference to their manag *Internat. Clin.*, Phila., 1891, III, 216. — **Wolff**. Mutterlic *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 48, p. 964.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Ashton (W. G.).** A case of etopic gestation undiagnosed. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phil., 1891, V, 115. — **Chiari (H.).** — Bemerkungen zu dem aufsatze des Hernn Prof. Schauta zur diagnose der intraligamentären Schwangerschaft. *Prag. med. Wchnschr.*, 1891, XVI, 461. — **Cole** Ectopic gestation. *N.-York, M. J.*, 1891, LIV, 720. — **Croow.** The diagnsis of early extra-uterine gestation, with illustrative cases. *Tr. Edinb. Obst. Soc.*, 1890-1, XVI, 33. — **De Leon (M.).** A case of ectopic pregnancy. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1891, n. 5, LII, 462. — **Fullerton (Anna M.).** A remarkable case of utero-abdominal pregnancy *Ann. Gynæc. and Saed.*, Phila., 1891, V, 1-5. — **Herzfeld (K.-A.).** Ueber einen Fall von ovarialgraviditat neben normaler, uteriner Schwangerschaft, Laparotomie. Heilung. *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1891, IV, 802. — **Ikeda (S.).** A case of extra-uterine pregnancy ; laparatomy ; recovery. *Sei-i Kwai M. J.*, Tokyô, 1891, X, 191. — **Jordan.** Ist es moglich ein mit Ruptur verbundene Graviditas extra-uterina zu localisern ? *Allg. med. Cent. Ztg.* Berl., 1891, LX, 1981. — **Michael.** Report of a case illustrating the diagnosis of late extra-uterine pregnancy and the difficult of producing abortion. *Maryland M. J.*, Balt., 1891-2, XXVI, 1[illegible]1. — **Opie.** Extra-uterine pregnancy in a double uterus ; removal of sac and the remainingovary. *Antlanta M. and S. J.*, 1891-2, VIII, 414. — **Peugniez.** Grossesse tubaire, hématocèle rétro-utérine. *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1891, IX, 133. — **Schrenk.** Ein Fall von Graviditas tubaria durch Laparotomie geheilt. *St- Peeersb. med. Wchschr.*, 1891, VIII, 353. — **Stewart (J. C.).** Report of a case of extra-uterine pregnancy with rupture of the sac into peritoneal cavity. *Northwest Lancet*, St-Paul, 1891, XI, 363. — **Tuttle.** Tubal pregnancy. *Internat. Clin.*, Phil. 1891, III, 229. — **Whitcomb.** A rare case of twin intra and extra-uterine pregnancy treated by electricity. *N.-Y. J. Gync. and Obst.*, 1891-2, I, 18.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Drappier.** Grossesse gémellaire compliquée d'hydramnios. Accouchement à terme. Mort du 1er fœtus. Présentation de l'épaule et naissance par évolution spontanée d'un 2e fœtus vivant. *J. d. Sc. méd.*, Lille, 1892, p. 129. — **Stadler (C.)** Merkwürdige Zwillingsgeburt. *Med. chir. Centralbl.*, Wien, 1891, XXVI, 595. — **Vickery (H.-F.).** A [illegible] iplets, Med. Communicat. *Mass. M. Soc. Bost.*, 1891, XV, 4[illegible] singer. A peculiar twin pregnancy. *N.-Y*[illegible], 189[illegible]



tylolyse): *München med. Wochschr.*, 1891, XXXVIII, 793. — **Wilson.** A case of congenital cystic elephantiasis. *Am. J. of obst.*, 1891, XXIV 1172. — **Yagishita (T.)**. A case of congenital atresia of the vagina. *Seii-Kwai M. J.*, Tôkyô, 1891, X, 170.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Barsony**. Ueber Kraniotomie. *Arch. f. Gyn.*, Bd 41, Hft 3, p. 337. — **Bertazzoli**. Relazione di tre operazioni Porro. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 1. — **Blume**. Pregnancy vomiting. *Medical Standard*, Chicago, sept. 1891, X, p. 66. — **Brewis**. Note of a case of Porro-cæsarean section. *Tr. Edinb. Obst. Soc.*, 1890-1, XVI, 133. — **Calderini**. Del parto prematuro artificialmente provocato in Italia. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p 234. — **Carmichael**. A case of Porro-cæsaream operation; recovery. *Lancet*, London, 1891, II, 985. — **Coles (W.)**. The management of shoulder presentations. *Ann. Gynec. J*, Toledo, 1891, I, 563. — **Deutsch**. *Beitrage zur Hofmeierschen Methode der Expression des Kindskopfes bei engenn Becken unter Berücksichtigung des normalen*, Berl., 1891. — **Ferrari**. Due operazione cesaræe. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 232. — **Fiske (W.)**. Episiotomy. *Homœop. J. obst.*, N.-Y., 1891, XIII, 485. — **Gallois (E.)**. Leçons sur un cas d'accouchement prématuré provoqué. *Dauphiné méd.*, Grenoble, 1891, XV, 201. — **Herff**. Zur Frage der hohen Collumexcision bei Carcinom und des ferneren Verhaltens des Uterus nach eingetretener Schwangerschuft. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 50, p. 1,009. — **Gardner (W. S.)**. Cephalic version after the beginning of labor. *Maryland M. J.*, Balt., 1891, XXVI, 71. — **Hernandez (E.)**. Estudio clinico sobre la aplication de forceps en el estrecho inferior. *Rev. des scien. méd.*, Habana, 1891, VI, 233. — **Hessler (W.)**. *Die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft*, Halle, 1891. — **Hugh M'Coll**. Is craniotomy justifiable upon the living child? *The medical Age*, Detroit Michigan, sept. 1891, IX, p. 523. — **Jastreboff (N. V.)**. Conservative cæsarean section. *J. akush i jensk. boliez.*, St-Petersb., 1891, VII, 729. — **McLean**. Some remarks on the misapplication of the obstetric forceps. *N.-York J. gynæc. & obst.*, 1891, I, 1. — **Merveille**. L'embryotomie du fœtus vivant peut-elle se justifier? *Gaz. méd. de Liège*, 1891, IV, 73. — **Pozzoli**. Di un caso operazione cesarea Sænger. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 235. — **Rosenberg (J.)**. Repeated cesarean section, with a report of three new cases. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1891, XXIV, 1178. — **Rössing**. *Die Resultate von 105 Frühgeburtseinleitungen mit besonderer Beruchsichtigung der dazu gebrauchten methoden*, Marburg, 1891. — **SanGregorio**. Di alcuni casi di vomiti incoercibili in gravidanza. *Giornale internaz. dell Sc. med.*, Napoli, 1891, p. 751. — **Staude**. Einige Bemerkungen zur Technik und Indication des Kaiserschnittes. *Deutsche med. Wchnschr.*, Leipz., 1891, XVII, 1149. — **Schmidt**. *Ueber die Sectis cæstarea bei festen Geschwulsten im Becken*, Marburg., 1891. — **Tull**. A brief clinical report of four cases of induced premature labor. *N.-York J. gynæc & obst.*, 1891-2, I, 92. — **Varnier**. De l'opération césarienne. *Rev. prat. d'obst. et de pædiat.*, janvier 1892, p. 1. — **Woerz**. Ein Fall von Kaiserschnitt nach Porro mit retroperitoneal Stielversorgung. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 5, p. 81.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Abbot**. Two cases of post-partum

hæmorrhage with special features. *Boston med. and Surg. Journal*, 10 déc. 1891, t. 623. — **Abelsdorff**. *Beitrag zu den Storungen der Nachgeburt periode*. Berl., 1891. — **Ahlfeld**. Ein neuer Beitrag zur Lehre von der Placenta prævia. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 12, p. 225 — **Allen (A.-G.)**. Notes on three cases of placenta prævia. *Montreal M. J.*, 1891, XX, 273. — **Allen (W. L.)**. The pseudo-scarlatina of puerperium. *Albany M. Ann.*, 1891, XII, 233. — **Amesbury (W. R.)**. Two cases of pseudo-cyesis. *Hahneman. Month.*, Phil., 1891, XXVI, 1891. — **Anthony (F. W.)**. A case of pulmonary œdema secundary to nephritis, complicating pregnancy. *Boston M. and S. J.*, 1891, CXXV, 468. — **Blesch (A. L.)**. Two peculiar cases of labor; immense abdominal distention; ileus paralyticus; death, *Kansas City M. Index*, 1891, XIII, 367. — **Berger (Jacob)**. *Ueber einen Fall von Hämatometra lateralis bei gleichzeitiger Gravidität*. Würzburg, 1891. — **Blume (F.)**. Vomiting of pregnancy, its etiology and treatment. *Northwest. M. J.*, Minneap, 1891, XIX, 135. — **Blume**. Vomiting of pregnancy; its œtcology and treatment. *America Lancet* Detroit Michigan, sept. 1891, t. XV, p. 327. — **Boyd**. Typhoïd fever complicating pregnancy. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phila., 1891-2, V, 166. — **Brownlee (H. F.)**. Tetanus following a miscarriage. *N. Eng. M. Month.*, *Danbury, Conn.*, 1891-92, XI, 59. — **Carbonelli**. Di una rara causa di distocia per brevita relativa del cordone ombilicale. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 239. — **Cameron**. Elevation of temperature during the puerperal period. *Intern. Clin.*, Philad, 1891, I, 164. — **Capoulade (J.)**. Fièvre puerpérale à forme purulente; parotidite suppurée; mammite double suppurée; phlébite double adhésive. *Gaz. heb. des sciences méd. de Montpellier*. 1891, XIII, 529. — **Charpentier**. Recherches expérimentales sur un cas de néphrite infectieuse puerpérale. *Arch. de tocol.*, fév., 1892, p. 123. — **Cioja**. Contributo allo studie della patogenesi della nefrite gravidica e dell' eclampsia. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 238. — **Cowles**. A case of uterine abscess resulting from induced abortion. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Philadelphie, 1891-92, 133. — **Dowd**. A fleshy mole. *Proc. N.-Y Path. Soc.*, 1891, 39-41. – **Earle (C. W.)**. Puerperal eclampsia. *Chicago M. Record*, 1891, II, 195; Discussion, 266. — **Eckerlein**. Ein Kaiserschnitt bei Physometra mit gunstigen Verlauf. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 8, p. 137. — **Friedländer**. *Ub. Phosphorvergiftung bei Hochschwangeren*. Königsberg, 1892. — **Goldberg** Beitrag zur Eclampsie auf grund von 81 Fällen. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd 41, Hft 3, p. 295. — **Goodell**. Retained placenta after miscarriage *Internat. Clin.*, Philad., 1891, II, 190. — **Greif**. *Ueber die Complication der Geburt mit Myom.*, Speyer, 1891. — **Hallyday Croom**. On astmna gravidarum. *Edinb. M. J.*, mars 1892, p. 793. — **Hart (D. B.)** The anatomy and mechanism of early abortion *Rep. Lab. Roy. Coll. Phys. Edinb.*, III, 265. — **Hatch**. Rupture of the uterus; recovery without operation. *Weekly M. Rev.*, St-Louis, 1891, XXIV, 502. — **High (C. V.)**. Five cases of post-partum hæmorrhage. *Physician and Surg.*, Ann. Arbor et Detroit, 1891, XIII, 447. — **Hill**. Four cases of puerperal insanity. *Vis. Med.*, Des Moines, 1891, I, 196. — **Hirigoyen**. (L.). Erysipèle dans l'état puerpéral. *J. de méd. de Bordeaux*, 1891, XXI, 109. — **Hogdanik**. Ein Kaiserschnitt wegen Carcinom der Portio und vagina. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 6, p. 97. — **Hudson (J.)**. Hydatiform molar pregnancy. *N. Zealand M. J.*, Dunedin, 1890-1, IV, 355. — **Jones**. Death from pneumothorax following abortion. *Med. News*, Philad., 1891, LIX, 688. — **Keil (H.)**.

Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Ætiologie der Hyperemisis gravidarum. *München Med. Wchnschr.*, 1891. — **Kield**. Report of a case of puerperal éclampsia. *Canada Lancet*. Toronto, 1891 2, XXIV, 98. — **Levoff (I. M.)**. Mola vesiculosa. *J. akush. i jensk. boliez*, St-Petersb., 1891, VII, 601. — **Linzzo**. Intorno a due casi di aderenza totale della placenta all' utero. *Raccoglitore med.*, Forli, 1891, XII, 131. — **Löhlein**. Ueber subakute Endometritis in der letzten Zeit der Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1892, II, p. 201. — **Lvoff**. Etude de l'étiologie et du traitement de la rupture du vagin pendant l'accouchement. *Vrach.*, St.-Petersb., 1891, XII, 959. — **Macready (J.)**. Puerperal embolism. *Cincin. M. J.*, 1891, VI, 401. — **Madigan**. Puerperal tetanus. *Medical Standard*, octobre 1891, X, p. 98. — **Maygrier et Démelin**. Étude clinique sur l'avortement multiple. *Arch. de toc.*, février 1892, p. 81. — **Mc William (J.)**. Notes of five cases of phlegmasia dolens; with treatment. *Canada Lancet*, Toronto, 1891, XXIV, 65. — **Mijulieff**. Einige beschowingen over albuminuria en nephritis met het intrauterin afsterven der vrucht. *Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynæc.*, Haarlem, 1891, III, 1; 73. — **Miller**. Abortion with delayed expulsion and Fibroïd degeneration of Placenta. *Edinb. med. Journ.*, janvier 1891, p. 633. — **Miller (M. B.)**. A case of puerperal eclampsia. *Med. News*, Philad., 1891, LIX, 540. — **Moran**. Placenta prævia marginalis, complicated with inertia uteri. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1891. XVIII, 767. — **Edward Otis**. Case of severe vomiting of pregnancy. *Boston Med. and Surg. Journal*, 3 décembre 1891, CXXV, p. 594. — **Palmer (F.-C.)**. Case of puerperal eclampsie treated with antipyrin. *Lancet* London, 1891, II, 928. — **Piering**. Ein Fall von seltener Geburtsverletzung. *Cent. f. gyn.*, 1891. n° 48, p. 961. — **Porak**. De l'inversion utérine. *Arch. de toc.*, février 1892, p. 152. — **Puech**. Kyste du vagin compliquant l'accouchement. *Montpellier médical*, 1892, p. 37. — **Puech**. Chorée et grossesse. *Montpellier méd.*, 1892, p. 74. — **Renvers**. A contribution to the study of so-called scarlatina puerperalis. *Wood's M. and S. Monog.*, N.-Y., 1891, XII, 195. — **Ross (Alice M.)**. Three cases of gonorrhœal septicæmia in puerperal women. *Med. and Surg. Report.*, Philad., 1891, LXV, 852. — **Rouvier**. Eclampsie post-puerpérale chez une primipare. *Arch. de toc.*, février 1892, p. 143. — **Schlayer**. Ueber die complication der Schwangerschaft, Geburt, und des Wochenbetts mit chronischen Herzklappeufelhern. *Zeitsch. f. geb. u. gyn* Bd XXIII, Hft 1, p. 59. — **Smith (J. H.)**. The relation of the weight of the placenta to the weith of the child. *J. Gynec.*, Toledo, 1891, I, 335, continued in *Am. Gynec. J. Toledo*, 1891, I, 477. — **Schmorl**. Interessante makroskospische und mikroskopische Organbefunde bei 17 Fällen von Eklampsie. *Centrabl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, Iéna, 1891, II, 803 — **Teichelmann**. A case of peritonitis following parturition; removal of ruptured pyo-salpinx, recovery. *Lancet*, Lond., 1891, II, 1,276. — **Ter-Grigoriantz**. Ein Fall von Amenorrhöe mit Kopfschwindel be Zurückbleiben von Eihautheilen. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 46, p. 922. — **Twingley (W. S.)**. Albuminaria complicating gestation. *Cincin. Lancet Clinic.*, 1891, XXVII, 599. — **Underhill**. Three cases of rupture of the uterus, one of which was successfully treated by laparotomy. *Tr. Edinb. obst. Soc.*, 1890-1 XVI, 147. — **Varnier (H.)**. Gerçures lymphatiques et abcès du sein chez les nourrices. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, Paris, 1891, IV, 257. — **Vermeulen**. *Statistiche Untersuchungen zur Morbilidat und Mortalitat in Wochenbette*, Kiel, 1891. — **Warner (H. F.)**. Retention of the

embryo after its death. *Harper Hosp. Bull.* Detroit, 1891, II, 21. — **Vinay**. Influenza chez les femmes en état de puerpéralité, *Lyon, méd.* 1892, p. 247. — **Withrow**. Rupture of the uterus. *Cincin. Lancet Clinic.*, 1891, XXVII, 725. — **Winter**. Fieber in der Geburt. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIII, Hft 1, p. 172.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Bumm**. Zur Frage der inneren Desinfection Kreissender. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° IX, p. 153.— **Butler (G R.)**. Note on anæsthetics and heart disease in labor. *Brooklyn M. J.*, 1891, V, 772. — **Grigoriants**. Beitrage zur Abort Behandlung. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° XIII, p. 865. — **Hendrixon (H.)**. Anesthetics in labor, *Columbus M. J.*, 1891, X, 193. — **Kelly (J.-K.)**. The treatment of abortion. *Glasgow M. J.*, 1891, XXXVI, 321. — **Loviot**. Quelques observations de curettage appliqué à la l'obstétrique. *Arch. de toc. et de gyn.*, fév. 1891, p. 119. — **Pée**. Ueber Ichthyol und Lysolin der Gynækologie und Geburtshufle. *Deutsch. med. Wochnschr.*, Leipz., 1891, XVII, 1219. — **Pynchon (E.)**. The post-partum douche. *Am. Gynec. J.*, Toledo, 1891. — **Poiourovski (G.)**. Tamponade of the uterus in post partum hæmorrhage. *J. akush. i jensk. boliez*, St-Petersbourg, 1891, VII, 574. — **Richards (E. E.)**. Operative treatment for ruptured perineum. *Med. and Surg. Reporter*. Phil., 1891, LXV, 564. — **Rivière**. Inhalations d'oxygène en obstétrique. *Gaz. méd. de Bordeaux*, 1892, p. 96. — **Rulison (E. T.)**. The use of chloroform in labor. *Med. and Surg. Reporter*, Philad.. 1891, LXV, 851. — **Schmid**. Zur intrauterinen Puerperalfieber Behandlung. *Med. Cor.-Bl.* et *Wurtemb. arztl. Ver.*, Stuttg., 1891, LXI, 249; 252; 259. — **Scott (W.)** Anæsthetics in normal labor. *Cincin. M. J.*, 1891, LIV, 576. —**Spinelli**. Il raschiamento dell' utero e lo zaffo endo uterine nello cura delle endometiti puerperali dosso il parto a termine. *Rev. clin. e terap.*, Napoli, 1891, XIII, 353. —**Stäheli (V.)**. Ueber Iodoformaze tamponade bei Blutungen post-partum. *Cor.-Bl. f. schweiz. aerzte*, Basel, 1891, XXI, 660. — **Stuart**. Bismuth subnitrate as a dressing for the umbilical Cord. *Med. News*, Phila. 1891, LIX, 713.' – **Wright (H. J. B.)**. The treatment of puerperal eclampsia. *Pacific M. J.*, San-Franc., 1891, XXXIV, 577.

TÉRATOLOGIE ET ANOMALIES CONGÉNITALES. — **Ballantyne**. Studies in Fœtal Pathology and Teratology. *Edinb. M. J.*, mars 1892, p. 812. — **Delassus**. Emotions maternelles et monstruosités fœtales. *J. sc. d. méd.*, Lille, 1892, p. 97. **Léon**. Monstre double parasitaire. *Arch. de toc. et de gyn.*, février 1892, p. 117.

VARIA. — **Breston**. Obstetrical statistics; a record of 800 cases of midwifery with an analysis and observations. *Austral. M. Gaz.* Sydney, 1890-91, X, 355. — **Budin**. La nouvelle maternité de la Charité et l'enseignement obstétrical. *Bull. méd.*, Par., 1891, V, 995. — **Cook**. Obstetric notes from one hundred and ninety recorded cases in the author's practice. *Am. Pract. and News*. Louiville, 1895, XII, 321. **Duhrssen**. *Gebursthulfliches Vademecum fur Studirende und Aerzte.*, Berl. 1891. — **Ferruta**. Descrizione di un bacino trasversalmente ristretto. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1892, p. 233. — **Gallia**. Contributo all' etiologia dell' osteomalacia. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, 1892, p. 239. — **Hart (Herman J.)**. *Verslag der verloskundige Kliniek*

aan de Universitiet van Amsterdam over detjaar 1886. Amsterd. 1891. **Hegar (A).** Zur geburtshilflichen Statistik in Preussen uud zur Hebammenfrage. *Samml. Klin. Vort. Leipz*, 1891, No 29 (Gynäk.) n° 10, 241. — **Hensoldt.** Aus der geburtshülflichen Klinik unter Leitung des Prof. Dr. Gusserow ; Bericht über das Jahr vom 31 März 1889 bis 31 Mars 1890. *Charité Ann.* Berl., 1891, XVI, 523. — **Longfellow (R. C.).** Impregnation from Semen deposited on the vulva. *Cincen. Lancet Clinic*, 1891, n. s, XXVII, 633. — **Palmer.** General management of obstetrical cases in the Cincinatti hospital. *Internat. Clin*, Phila., 1891, II, 164. — **Runge.** *Lehrbuch der Geburtshülfe.* Berl., 1891. — **Sabatier.** Trois bassins à double ankylose sacro-iliaque dont un avec rétrécissement antéro-postréieur *Lyon méd.*, 1892, p. 149. — **Sänger.** Ueber Schwangerschaft nach konservativer Ventrofixatio uteri retroflexi. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 44, p. 882. — **Turner.** Report of the Royal Maternity and Simpson Memorial Hospital for the quarter ending 31st July 1890, *Tr. Edinb. obst. Soc.*, 1899-1, XVI, 169.

BIBLIOGRAPHIE

Vient de paraître. — G. Steinheil, éditeur.

Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique ; Délivrance. Utérus bicorne. Grossesse extra-utérine. Grossesse utérine de deux mois et demi. Présentation du siège, mode des fesses. Brides amniotiques. Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Position occipito-sacrée. Engagement au détroit supérieur, par A. Pinard et H. Varnier. 1 volume in folio raisin de VII-104 pages, avec figures, et 1 atlas contenant 44 planches demi-raisin en chromolithographie, 15 planches en phototypie, et 31 planches explicatives en lithographie. Le volume et l'atlas reliés demi-chagrin, avec coins, tête dorée. — Prix : 300 fr.

De l'hématocèle pelvienne intrapéritonéale considérée particulièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire. Anatomie pathologique. Aperçu pathogénique et tableau clinique. Traitement, par le Dr J. William Binaud. Prix : 5 fr.

De la péritonite blennorrhagique chez la femme. Périmétrite. Périsalpingite, par le Dr Paul Charrier. Prix : 4 fr.

De la périnéorrhaphie pratiquée immédiatement après la délivrance dans tous les cas de déchirures vagino-périnéales, par le Dr G. Barbier. Prix : 2 fr. 50.

Du cancer primitif du corps de l'utérus (diagnostic précoce ; traitement), par A. P. Bisch.

De l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale considérée particulièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire, par W. Binaud.

Cours d'accouchements, par le Dr N. Charles, professeur d'accouchements à Liége, 2e édition. Paris, 1892, 2 vol. avec figures. Prix : 15 fr. J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

La gymnastique des demoiselles, par Angerstein et Eckler. J.-B. Baillière, Paris, 1892.

Dans ce livre, les auteurs étudient la gymnastique chez la femme. Ils passent successivement en revue les exercices de la gymnastique de chambre chez les jeunes filles et chez les femmes, en bonne santé ou malades. Ils terminent par l'indication des exercices applicables à des affections ou à des difformités déterminées.

Massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes, par G. Norstrom. Babé et Cie, Paris, 1891.

Après avoir insisté sur les difficultés que rencontre actuellement l'adoption du massage en gynécologie, Norström indique son manuel opératoire, puis ses applications dans les paramétrites, les périmétrites, les changements de direction et de situation de l'utérus, les maladies des trompes et des ovaices.

Les vices de conformation des organes génitaux et urinaires de la femme, par Ch. Debierre. J.-B. Baillière, Paris, 1892.

L'ouvrage du professeur Debierre comprend trois parties : la première a trait à l'anatomie des organes génitaux de la femme ; la deuxième, à leur développement, c'est seulement alors que l'auteur étudie les vices de conformation, anomalies des ovaires, malformation des trompes, des ligaments ronds, des ligaments larges, de l'utérus, du vagin, de l'hymen. Il termine par la pathogénie de ces malformations qu'il fait suivre d'un exposé des anomalies de la vulve et de celles de la mamelle.

L'estomac et le corset, par Chapotot, J.-B. Baillière, Paris, 1892.

Elève de Bouveret, de Lyon, M. Chapotot expose dans ce mémoire les inconvénients du corset, son influence dans les déviations, les dislocations et les troubles fonctionnels de l'estomac. Il termine par un exposé de la thérapeutique des accidents dyspepsiques de la femme dont bon nombre sont dus au port d'un corset, serré et fabriqué sur une forme différente de la forme naturelle.

Transactions of the american gynecological Society. Philadelphia, 1891.

Le volume de 574 pages, représentant le compte rendu du Congrès de la Société gynécologique américaine, est, comme les autres années, luxueusement édité. On y trouve d'importantes discussions sur les hémorrhagies accidentelles pendant le travail, les tumeurs malignes des ligaments larges, l'opération césarienne, le cancer du col utérin, les suites éloignées de la laparotomie, de l'ablation des annexes utérines, le mécanisme de la rupture du périnée, le diabète de la grossesse, les fibromes utérins, la grossesse extra-utérine, les abcès pelviens ouverts dans le rectum, la laparotomie dans la fièvre puerpérale, les rapports de la salpingite et de la grossesse, la péritonite tuberculeuse, l'étiologie des antéflexions utérines, etc.

Le Gérant: G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE PAR SECTION MÉDIANE DE L'UTÉRUS DANS LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES.

Par **E. Quénu**, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin.

En 1890, M. Péan fit connaître à l'Académie de médecine une nouvelle méthode de traitement des phlegmasies péri-utérines. Au lieu de pratiquer l'ablation des annexes malades par laparotomie, M. Péan opérait par le vagin, enlevait l'utérus, puis, suivant les cas, faisait ou non suivre cette castration utérine de l'extirpation des trompes et des ovaires.

L'opération de Péan avait au début fait peu de prosélytes, lorsqu'en février 1891, devant la Société de chirurgie, M. Segond s'en fit le défenseur enthousiaste. Depuis, ce dernier n'a pas cessé de la vulgariser soit dans ses cours, soit dans ses communications.

On peut assurément dire que le manuel opératoire de Péan a été pratiquement appris à tous nos collègues des hôpitaux par M. Segond, à la salle d'opérations de la maison d'accouchement Baudelocque.

C'est par morcellement qu'il agit, en se conformant scrupuleusement aux règles données par le père de la méthode.

Dans celle-ci, après avoir circulairement incisé la muqueuse vaginale comme dans toute hystérectomie, on libère le col aussi haut que possible, puis on saisit dans une pince la portion de ligaments larges correspondant au segment utérin rendu accessible. Alors on divise ce dernier en 2 valves qu'on excise successivement. On répète une manœuvre identique sur la portion restante du corps utérin jusqu'à extirpation totale. Tel est en peu de mots le procédé opératoire suivi par Péan et Segond. Le morcellement de l'utérus le caractérise, et ce morcellement s'obtient en incisant progressivement l'utérus sur ses parties latérales, après décollement des faces, et après application préalable de pinces en étages sur les ligaments larges. Le but essentiel de ce morcellement est de rendre mobilisable un utérus qui paraissait immobile et inabordable.

Dans mes premières hystérectomies vaginales pour salpingites, je me conformai religieusement aux recommandations de Péan-Segond, mais je ne tardai pas à remarquer qu'il y avait un moyen beaucoup plus simple de faire descendre l'utérus que le morcellement, c'était d'inciser progressivement l'utérus, sur la ligne médiane. J'en fis la remarque à la séance du 8 juillet 1891 de la Société de chirurgie, à propos d'une présentation de pièces (1).

Au mois de novembre 1891, le traitement des suppurations pelviennes fut remis sur le tapis par Terrillon (2) Au cours d'un travail basé sur 11 observations dans lequel je donnai mon opinion sur les indications de l'opération de Péan, j'indiquai les modifications que j'avais apportées à la technique opératoire. Je conseillai d'inciser le col non pas sur les parties latérales, mais sur la ligne médiane au fur et à mesure de son décollement. Je distinguai alors 2 cas : si, disais-je, l'utérus se laisse tant soit peu descendre, on peut arriver

(1) Hystérectomie vaginale pour fibrome utérin. De la section médiane de l'utérus comme procédé de morcellement.

(2) *Soc. de chir.*, novembre 1891.

jusqu'au fond sans avoir fait de morcellement; si l'utérus continue à ne pas descendre, il faut morceller, mais pratiquer ce morcellement sur la ligne médiane, sans se rapprocher des bords de l'utérus.

La communication de M. Routier (1) au Congrès de chirurgie, et une communication orale de M. Schwartz me prouvent que j'ai fait des adeptes et que la section médiane de l'utérus est devenue le procédé de Cochin. J'ai eu peine à entendre que le procédé que j'ai suivi et décrit était qualifié de procédé de Müller.

Müller a, je le reconnais, conçu le premier l'idée de diviser l'utérus en deux; mais Müller ne s'occupait que d'utérus cancéreux, il ne s'agissait pas alors d'abaisser un utérus fixé et enclavé. Péan n'avait pas découvert son opération; il en résulte que le but de Müller était tout autre que celui que j'ai poursuivi, et que s'il est vrai que j'utilise comme lui la section médiane, j'exécute cette section médiane dans un autre *dessein*, d'une *façon différente* et à *un autre temps* de l'*opération*. J'espère ainsi démontrer que, dans le traitement des salpingites adhérentes, le procédé Müller ne serait justement pas exécutable.

La préoccupation de Müller qui, je le répète, n'avait en vue que les utérus cancéreux, a été surtout l'hémostase; ayant remarqué (2) que la ligature du second ligament large est plus facile que celle du premier, il conseilla de diviser l'utérus en deux moitiés, symétriques et verticales; il ajouta ensuite à cette pratique la compression de l'aorte abdominale depuis le début jusqu'à la fin de l'opération (3). Notre but principal est d'amener à la vulve le fond de l'utérus.

Müller commence par faire descendre l'utérus et même par le renverser à travers l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur, puis il l'incise. Nous incisons dès le début et avant

(1) M. Routier eut l'occasion de suivre ce procédé de section médiane dans mon propre service et aidé par mes internes en août et novembre 1891.

(2) Muller. *Centralbl. f. Gynäk.*, 1882.

(3) Muller. *Wiener med. Woch.*, 1884.

que l'utérus ne soit descendu, puisque c'est justement pour le faire descendre que nous incisons.

Nous partageons du reste l'opinion de Müller au sujet des facilités d'hémostase que donne l'hystérotomie médiane et nous ne comprenons guère les critiques que lui a adressées Zweifel (1). Ce chirurgien prétend que les deux moitiés de l'utérus saignent au point de nécessiter l'application des pinces de Billroth. Nous ne pouvons expliquer cet accident arrivé à Zweifel qu'en supposant ou bien qu'il a eu affaire à une forme très vasculaire de néoplasme utérin,ou bien qu'il n'a pas fait sa section sur la ligne médiane. Cette faute opératoire est en effet facile à commettre, la matrice étant la plupart du temps, non pas médiane,mais inclinée et refoulée latéralement. Il suffit pour l'éviter de s'assurer de la direction de l'organe au moyen d'un hystéromètre. En somme, le manuel opératoire est des plus simples : on débute par l'incision circulaire de la muqueuse vaginale comme dans tout procédé d'hystérectomie. Je conseille de mettre quelques pinces sur la muqueuse qui saigne, puis on dénude une certaine étendue du col en arrière et en avant; assez souvent il est possible d'atteindre vite le cul-de-sac recto-utérin et de le défoncer. Quoi qu'il en soit de ce dernier point, on place deux pinces à traction sur les côtés du col et on incise verticalement et au milieu la portion du col libérée. Il est capital de ne prendre les ciseaux, que lorsque la dénudation est bien nette. On peut, au fur et à mesure de l'ouverture de la cavité utérine, toucher la muqueuse avec une solution de chlorure de zinc au 10e; on reporte alors ses pinces à traction un peu plus haut,toujours sur les côtés : la section utérine figure ainsi un triangle dont la base s'élargit par l'écartement des deux moitiés du col incisé. L'abaissement d'une nouvelle portion d'utérus permet au doigt d'accomplir une nouvelle dénudation, suivie d'une nouvelle section antéro-postérieure ; bientôt le fond de

(1) ZWEIFEL. *Centralb. f. Gynæk.*, 1884.

l'utérus apparaît et semble comme plonger au milieu, on l'accroche avec le doigt introduit par le cul-de-sac qui a été ouvert et on achève l'incision médiane. Il faut à ce moment saisir près du fond chaque moitié utérine avec une bonne pince de Richelot et l'attirer au dehors en lui faisant subir un mouvement de torsion : les deux pinces à traction sont ainsi rejetées sur les côtés et au dehors, tenues par un aide, et le chirurgien n'a plus à s'occuper que du nettoyage de sa cavité péritonéale, de l'ouverture ou de l'ablation des poches, etc. On termine l'opération en assurant l'hémostase définitive soit au moyen de pinces, soit au moyen de ligatures, et on résèque chaque moitié d'utérus. Je crois bon, à l'exemple de Martin, de Berlin, de suturer le péritoine du cul-de-sac postérieur à la muqueuse vaginale. J'ai également dans plusieurs cas, dès le début de l'opération, placé une ligature à l'aide d'une aiguille courbe sur l'étage inférieur des ligaments larges.

DU TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES

Par le Dr **A. Routier**, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Si j'aborde de nouveau devant le congrès la question du traitement des suppurations pelviennes chez la femme, c'est qu'il m'a paru que l'accord n'était pas encore fait entre les chirurgiens et qu'il serait cependant bien temps de poser des indications précises.

Quand cette question fut discutée à la Société de chirurgie de Paris, après la communication de notre excellent collègue et ami Segond, on se partagea en deux camps bien tranchés, laparotomistes et hystérectomistes, s'il m'est permis d'employer cet expression, cette dernière catégorie ne comptant guère qu'un seul membre dans la Société.

Il est permis d'en découvrir facilement la cause dans la

communication même de M. Segond qui, malgré tout le talent qu'il sait apporter dans ses discours, n'entraîna pas ce jour-là la conviction parmi nous.

Sa communication avait bien pour titre : De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines, mais comme le lui fit remarquer mon excellent maître M. Terrier, en reprenant une à une ses observations, il y avait seulement, parmi les faits cités dans son travail, quelques cas de vraies suppurations pelviennes, pour lesquels la mortalité n'était pas inférieure à celle que nous ne pouvions éviter en pareil cas par la laparotomie, le progrès ne sautait pas aux yeux.

A ce mode d'action par la voie vaginale, on faisait en outre un grave reproche, c'est que dans les cas douteux, on n'avait plus comme dans la laparotomie un premier temps permettant de compléter un diagnostic incertain sans rien compromettre. En effet, si on voulait suivre les préceptes de de M. Péan, acceptés par M. Segond, dès qu'on avait fait le diagnostic de la bilatéralité des lésions des annexes, il fallait sans hésiter attaquer l'utérus, l'enlever par morcellement suivant la technique de M. Péan, après quoi, on enlevait ou on n'enlevait pas les annexes suivant que celles-ci étaient ou n'étaient pas adhérentes, ce qui, pour les chirurgiens habitués à ce genre de lésions, pouvait se traduire par ceci : les annexes malades étant toujours ou presque toujours adhérentes, par la voie vaginale on enlèvera l'utérus, mais on n'enlèvera jamais ces annexes malades.

Cette réflexion inévitable, choqua forcément tous ceux qui jusque-là avaient pour habitude de faire une opération ayant précisément pour but d'enlever ces annexes malades. Il était bien permis de se demander si l'abandon de ces organes malades dans le bassin ne rendait pas l'opération inutile.

Mais il fallait au moins essayer la méthode, et ne pas en rester à la discussion théorique.

Pour ma part, ayant déjà fait un certain nombre d'hystérectomies vaginales pour cancer, cette opération ne me sur-

prenait pas, il s'agissait seulement de modifier la façon de faire pour suivre la technique indiquée du morcellement.

Grâce à l'obligeance de mon ami Segond, je pus assister à plusieurs de ses opérations ; malgré l'habileté qu'il y déploya, je ne fus pas convaincu, le morcellement ne me séduisit pas ; je trouvai cette opération brutale et aveugle ; de plus, cette hystérectomie comme opération préliminaire me paraissait peu satisfaisante.

J'avais déjà à plusienrs reprises ouvert par la voie vaginale des collections pelviennes, sanguines ou purulentes, j'ai rapporté plusieurs de ces observations, soit à la Société de chirurgie, soit dans des publications de la *Semaine médicale;* parmi ces collections, les unes étaient franchement dans le cul-de-sac de Douglas, les autres dans des trompes distendues ou des ovaires abcédés. J'ai fait ces ouvertures tout simplement au bistouri, car j'estime que le trocart qui a fait baptiser ce mode d'intervention, méthode du professeur Laroyenne à Lyon, me paraît au moins inutile.

Au cours de ces interventions, j'ai été frappé précisément de ce que peut fournir le toucher pratiqué à travers la boutonnière vaginale rétro-utérine ; quand on a l'habitude de la chirurgie du petit bassin, quand on a enlevé un certain nombre d'annexes malades, on retrouve relativement assez bien les divers types de lésions avec le doigt ; on peut toujours, dans tous les cas, affirmer l'état sain ou pathologique des annexes, savoir si un seul côté ou si les deux sont atteints, de sorte que sans pouvoir comparer absolument la boutonnière vaginale rétro-utérine à la laparotomie exploratrice, elle fournit cependant un moyen d'exploration qu'il faut savoir utiliser et dans tous les cas ne jamais négliger.

L'hystérectomie par morcellement, a-t-on dit, est difficile ; j'ajoute qu'elle est aveugle et aléatoire : on est à la merci d'une pince et l'accident grave à redouter, l'hémorrhagie survenant, soit par la chute, soit par le déplacement d'un clamp, peut mettre en danger les jours de la patiente, et fait dans tous les cas, passer un mauvais moment au chirurgien.

Je crois qu'on peut éviter tous ces inconvénients en enlevant l'utérus par moitié, après section sur la ligne médiane; par ce procédé, en outre, on peut dans la très grande majorité des cas enlever les annexes malades sinon en totalité, au moins en grande partie.

Ce procédé, décrit par Muller, dans le but de rendre l'hémostase plus facile, ce qui est en effet réalisé, m'a été montré pendant que je faisais à Cochin le remplacement de M. Quénu; c'est là que je l'ai appris, et depuis je l'emploie de préférence à tout autre.

Avec ces deux modifications, boutonnière vaginale rétro-utérine et hystérectomie par section médiane, j'ai employé plus volontiers l'hystérectomie vaginale dans le traitement non seulement des suppurations pelviennes, mais encore dans le traitement des ovario-salpingites, mais, et c'est le but spécial de ma communication, je voudrais bien affirmer qu'il n'y a pas une méthode unique; soit qu'il faut savoir suivant les cas :

Se contenter de l'incision vaginale simple;

Faire l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes;

Soit rester fidèle à la laparotomie. Je ne puis cependant me défendre d'affirmer ici que l'intervention par la voie vaginale, toutes choses égales d'ailleurs comme on dirait en sciences exactes, m'a toujours paru infiniment moins grave que la laparotomie, et je puis dire sans crainte d'être contredit que mes résultats par la voie abdominale peuvent supporter la comparaison avec les statistiques les meilleures.

L'hémorrhagie, je le répète, est le grand danger de l'opération vaginale, si on l'évite, j'estime qu'on a fait la moitié du chemin vers la guérison.

Le shock est infiniment moindre et, nous le savons depuis longtemps, le péritoine du petit bassin a de ces tolérances inconnues à la grande séreuse.

Cependant il faut l'avouer aussi, les clamps laissés à demeure fatiguent les malades et les font souffrir; cette particularité était si bien connue des malades dans le service

de Cochin dont j'ai été chargé ces vacances, que toutes les malades auxquelles je conseillais l'opération, me demandaient à être opérées par l'incision abdominale, et je dois dire que j'ai eu beau pour lutter contre ce courant, leur parler de l'absence de cicatrice, de la conservation de la beauté plastique de leur ventre, elles résistaient ; il faut croire que le public féminin auquel je m'adressais était plus sensible à la douleur qu'à la coquetterie. J'ai eu souvent fort à faire pour les convaincre et leur faire accepter l'hystérectomie quand je la croyais préférable à la laparotomie.

J'accepte comme indication à cette hystérectomie vaginale la formule : « quand il est manifestement démontré que la maladie des annexes est bilatérale », faisant bien entendu la réserve sous-entendue que la nécessité d'une intervention est démontrée.

Il y a cependant plusieurs catégories de cas ; passons-les rapidement en revue : Pour les maladies les plus simples, quand on a de petites salpingites, des ovaires scléro-kystiques, j'avoue que je reste laparotomiste ; comme mon maître M. Terrier, je trouve alors cette opération courte et facile, et avec les précautions que nous sommes habitués à prendre, on n'a pas d'accidents, la castration ovarienne dans ce genre de faits n'est pas plus grave qu'une cure radicale de hernie, la mortalité est nulle.

Je sais bien que pour de pareilles lésions l'hystérectomie telle que je la conseille serait aussi très simple et rapidement exécutée, et par conséquent bénigne ; mais la possibilité de l'hémorrhagie par une pince qui lâche, les douleurs que ces pinces causeront à la malade pendant les deux premiers jours me font préférer la laparotomie.

Si nous passons aux salpingites franchement purulentes, ou aux grosses salpingites contenant soit du sang, soit de l'eau, je sais bien que lorsque la collection est franchement enkystée, qu'il y a peu d'adhérences, on en a vite terminé avec la laparotomie, mais ici, il y a une source d'infection toute prête à se répandre, les moignons sont septiques,

bien qu'on les désinfecte avec le thermocautère, on peut avoir des accidents ; je commence à préférer pour ces cas la voie vaginale.

Je la préfère surtout lorsqu'on a affaire à ces petits bassins remplis, où tout paraît adhérent, où il y a non seulement du pus dans les trompes, mais encore des abcès ovariques et péri-ovariques, dans ce qu'on peut vraiment appeler la pelvi-péritonite.

La laparotomie dans ces cas acquiert une forte gravité, les adhérences intestinales viennent souvent augmenter les difficultés et quelquefois compromettre le succès.

Par la voie vaginale, mettons les choses au pire, et supposons qu'au cours de l'opération on produise une perforation intestinale, celle-ci peut parfaitement guérir spontanément, dans la suite, et ne sera certainement pas mortelle.

Si nous passons aux cas où l'abcès pelvien est devenu fistuleux, le choix ne me paraît plus permis, la voie vaginale s'impose ; j'ai eu le plaisir de voir guérir simplement et sans encombre plusieurs cas semblables, dans lesquels je n'aurais entrepris la laparotomie qu'en tremblant.

Il serait trop long de raconter en détail toutes mes observations, mais je ne puis résister au désir d'en citer au moins une :

Il s'agissait d'une jeune femme ayant eu à la suite d'un accouchement fort difficile en septembre 1891 des accidents infectieux qui se traduisirent par un phlegmon du ligament large droit, puis par un autre phlegmon à gauche, celui-ci avait gagné peu à peu et avait dû envahir le psoas, car lorsque je vis la malade cinq mois après le début des accidents, la cuisse était fortement fléchie sur l'abdomen, l'extension impossible et toute tentative pour la produire extrêmement douloureuse. Cette jeune femme était arrivée au dernier degré de maigreur.

L'utérus était immobilisé entre deux grosses masses. la droite fort dure, la gauche fort résistante ; la palpation abdominale permettait de sentir ces indurations, la gauche mon-

tait à quelques travers de doigts de l'ombilic, et on sentait au niveau de l'émergence du psoas, sous l'arcade, un prolongement dur et douloureux. La fièvre était continue avec des exacerbations vespérales.

Une laparotomie eût certainement été désastreuse. Je fis l'hystérectomie : j'enlevai la totalité des annexes droites, rendues méconnaissables par la suppuration ; je ne pus avoir qu'une partie des annexes gauches, mais avec le doigt je pus sentir loin en arrière, dans la région de la symphyse sacro-iliaque gauche, un trou donnant accès dans une cavité, et quand je pressais sur le psoas, ou sur la tuméfaction crurale, il sortait du pus. Je drainai tout cela avec de la gaze iodoformée.

Les suites furent simples : le 6e jour, il y eut une élévation de la température, qui était du jour de l'opération retombée à la normale. Je pratiquai le toucher, et pus conduire une canule dans le trou profondément situé à gauche, faire ressortir du pus, laver, et la guérison survint rapidement.

Vingt jours après, la malade étendait sa cuisse sans douleur, se levait, marchait. Aujourd'hui elle est fraîche et grasse, et a repris la plus belle santé.

Chez une malade qui avait un abcès en communication avec l'intestin, et qui depuis 3 ans avait tous les mois environ des poussées de fièvre et de pelvi-péritonite se terminant par l'issue d'une notable quantité de pus par l'anus, je me mis en devoir d'enlever l'utérus, mais celui-ci était tellement friable et dégénéré que je pus enlever la moitié à peine en hauteur, ce qui me conduisit dans une vaste poche purulente que je bourrai de gaz iodoformée.

Les jours suivants, et 3 semaines durant, il s'écoula des matières fécales par le vagin, mais cette fistule stercorale a guéri sans nouvelle intervention, et la malade a repris ses forces et sa santé, elle a même ses règles tous les mois par son tronçon d'utérus.

Même l'opération incomplète peut comme on le voit donner d'excellents résultats. Qu'aurait donné en pareil cas la laparotomie la mieux conduite ?

N'étant, grâce à notre organisation, chargé que par rares périodes d'un service d'hôpital, ma statistique est très modeste, elle n'en a pas moins de valeur.

J'ai opéré par l'hystérectomie vaginale 16 cas de lésions doubles des annexes se décomposant ainsi :

4 ovario-salpingites interstitielles ou hématiques :

4 *guérisons;*

12 salpingo-ovarites purulentes ou abcès du petit bassin mal localisés :

12 *guérisons.*

Je sais ce que vaut une série, et la possibilité qu'il y a de voir en quelques jours noircir les plus beaux résultats, ceux-ci n'en sont pas moins acquis.

Je termine en vous rapportant un cas d'opération certainement incomplète et qui m'a donné un résultat inespéré.

Il s'agissait d'une femme de 50 ans perdant du pus par le vagin depuis six mois environ, et arrivée au dernier degré du marasme et de la cachexie.

Quand on examinait le vagin, on voyait en arrière du col utérin un orifice par où s'écoulait en très grande abondance et continuellement du pus infect.

Si on pratiquait le toucher, on était étonné de trouver un utérus à col long et net immobilisé comme dans un bloc de plâtre et repoussé contre le pubis. En arrière, une tumeur dure remplissait le petit bassin, et on retrouvait cette tumeur par la palpation, débordant surtout à gauche, et dépassant l'ombilic.

L'histoire pathologique de cette malade était intéressante, elle montrait une consultation, prise chez le professeur Depaul datée de mai 1870, où il était dit qu'elle avait un abcès rétro-utérin ouvert dans le rectum.

Elle était guérie de cette infirmité en 3 ans, par des soins de propreté.

Puis plus tard, 1888, elle avait été curettée dans le but de guérir des salpingites ; enfin elle se présentait à nous ainsi que je l'ai rapporté.

C'est par une incision rétro-utérine, au niveau de la fistule que je pus extraire plus d'un bassin de matières épithéliales, je ne m'arrêtai qu'au contact des intestins, quand je crus avoir tout enlevé, avec la conviction que j'avais eu affaire à un épithélioma de l'ovaire gauche.

Il y eut consécutivement une fistule stercorale, mais après quelques péripéties, cette fistule s'oblitéra spontanément, la malade reprit des forces et aujourd'hui, 7 mois après, elle va et vient, ayant les apparences d'une bonne santé.

Il est incontestable qu'une intervention par toute autre voie eût été fatalement mortelle.

Je conclus donc en disant qu'il faut en face des lésions des annexes et du petit bassin, savoir varier ses moyens d'attaque, recommandant dans tous les cas de ne jamais faire d'hystérectomie sans avoir au préalable pratiqué l'exploration par la boutonnière rétro-utérine.

UN NOUVEAU STÉRILISATEUR

Par le Dr **Mally**.

L'appareil dont la description va suivre est destiné à réaliser la stérilisation des instruments de chirurgie par voie humide. Ce procédé a pour avantage d'être à la fois plus sûr et plus rapide que ceux en usage jusqu'à présent et qui reposent sur l'emploi de l'air chaud, ou de la vapeur d'eau sous pression.

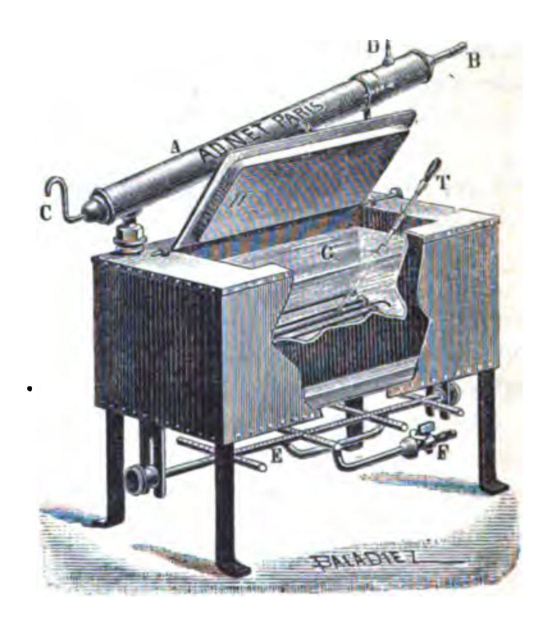
Le principe de l'appareil repose sur la réalisation d'un bain liquide maintenu à la température constante de 130 degrés centigrades et à l'air libre.

Il n'existe pas de corps bouillant aux environs de 130 degrés que l'on puisse chauffer directement à ébullition dans un vase ouvert, ce qui eût été la façon la plus simple de résoudre le problème ; les uns ne sont pas stables, d'autres

émettent des vapeurs dangereuses, d'autres enfin attaqueraient les instruments. Un artifice de laboratoire assez simple et déjà employé par M. Sorel pour chauffer des étuves à air et des autoclaves permet ici de surmonter cette difficulté.

On prend deux liquides, l'un bouillant à 140° le xylène dont on condense les vapeurs dans un réfrigérant et destiné à chauffer un second liquide, la glycérine, dont le point d'ébullition est plus élevé et dans lequel on pourra plonger directement les instruments à stériliser.

L'appareil se compose de deux récipients emboîtés l'un dans l'autre et de forme prismatique. Le premier contient le xylène ; il est représenté ouvert sur le dessin pour montrer la couche de liquide reposant au fond et destinée à être por-



tée à l'ébullition par la rampe à gaz E. Il est fermé de toutes parts et porte un tube à dégagement qui traverse le réfrigérant A et s'ouvre à l'air libre en D. Le réfrigérant est parcouru par un courant d'eau qui entre en B et sort en C.

Le second récipient de même forme que le premier est emboîté dans celui-ci, il contient de la glycérine G et peut-être fermé par le couvercle articulé H.

Ceci posé, le fonctionnement de l'appareil est le suivant. On établit un courant d'eau dans le réfrigérant et on allume la rampe à gaz. Le xylène entre en ébullition, les vapeurs se répandent dans l'espace clos compris entre les deux récipients, échauffent la glycérine qui tend à se mettre en équilibre de température, et vont se condenser dans le réfrigérant. Elles retombent à l'état liquide dans la chaudière, indéfiniment; desorte qu'il ne s'en échappe aucune partie dans l'atmosphère par le tube D, et que la provision de xylène enfermée dans la chaudière se conserve indéfiniment.

Lorsque l'équilibre de température est obtenu, c'est-à-dire lorsque la glycérine est à 130 degrés, au bout d'une demi-heure environ (on peut s'en assurer à l'aide d'un thermomètre à main T), on soulève le couvercle et on plonge dans le bain l'instrument à stériliser; au bout de quelques secondes, cet instrument peut être retiré à l'aide d'une pince métallique puis plongé dans une cuvette contenant de l'eau tiède stérilisée par filtration et ébullition et enfin transporté ainsi à la portée du chirurgien.

Cet appareil fonctionne régulièrement tous les jours à l'hôpital Bichat dans le service du Dr Terrier. On le met en marche dès l'arrivée du chirurgien, et à n'importe quel moment de la visite on peut stériliser en 2 ou 3 minutes l'instrumentation complète d'un curettage utérin, d'une cure radicale de hernie, d'une laparotomie avec les fils à suture et les drains de caoutchouc. Le débit de l'eau et celui du gaz étant réglés une fois pour toutes, le fonctionnement devient automatique et ne demande aucune surveillance.

Ce procédé présente donc les avantages suivants :

Le fonctionnement est permanent.

Il permet de stériliser presque instantanément une instrumentation complète, y compris les accessoires en caoutchouc (tubes à drainage, sondes en gomme, etc.).

Enfin, le contact de la glycérine n'altère pas le poli des instruments nickelés comme l'eau, ni la trempe des instruments tranchants comme l'air chaud, ni le caoutchouc élastique et les sondes en gomme.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — LAPAROTOMIE PRATIQUÉE 5 MOIS APRÈS LA MORT DU FŒTUS A TERME. — GUÉRISON.

Par le Dr **Delaissement.**

Le 15 mars 1889, mon confrère, le Dr Cassine, me présente une jeune fille sur laquelle il veut bien me donner les renseignements suivants :

« Mlle L..., 20 ans, modiste, de bonne constitution, de tempérament nerveux, est réglée pour la dernière fois le 25 février 1888 et ne tarde pas à présenter les symptômes d'une grossesse qui paraît évoluer normalement. En mars, vomissements, dyspepsie, gonflement des seins, sécrétion de colostrum. Vers le 10 juillet, L... perçoit les mouvements du fœtus. Le 15 décembre 1888, je suis appelé pour lui donner des soins. Depuis 2 jours, elle ressent les douleurs préparantes de l'accouchement. Le ventre présente des vergetures, les seins sont gorgés de colostrum. Autour des mamelons, tubercules de Montgomery très développés.

La palpation du ventre fait constater des mouvements actifs du fœtus. L'auscultation permet de percevoir les battements du cœur fœtal à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic. On entend également le souffle placentaire. Tout jusque-là paraît normal. Le toucher vaginal nous procure une surprise. Le col utérin n'est pas volumineux. Il n'est ni ramolli ni largement entr'ouvert. Il est petit, dur et ressemble absolument au col utérin d'une vierge. L'orifice externe seul est un peu dilaté. Je quitte la malade en me proposant de la revoir le lendemain.

16 décembre. Les douleurs diminuent peu à peu puis cessent complètement.

Le 17. L'orifice externe du col est refermé, absence complète de douleurs.

L..., ne souffrant plus, s'abstient de venir me voir et je la perds de vue jusqu'au 15 mars 1889. Je la vois alors avec le Dr Delaissement. Elle nous dit que la menstruation s'est rétablie, que ses règles sont revenues plus longues et plus abondantes que d'habitude le 25 janvier, le 24 février, le 20 mars et le 12 avril. »

15 mars. Je constate l'existence d'une tumeur volumineuse, immobile, dirigée de droite à gauche et de bas en haut, remplissant tout l'hypochondre gauche. Cette tumeur a la consistance d'un volumineux fibrome. Pas de fluctuation manifeste. Le Dr Cassine et L... affirment que la tumeur a beaucoup diminué de volume. Auscultation négative. Pas de battements de cœur fœtal, plus de souffle utéro-placentaire. Au toucher vaginal, le col utérin présente tous les caractères du col d'un utérus vierge. Il est porté en avant, derrière le pubis. L'utérus n'est pas mobile. Il paraît faire corps avec la tumeur. Celle-ci n'est pas engagée dans le petit bassin. Les seins contiennent encore un peu de liquide laiteux.

L'état général est assez bon. Pouls fréquent, mais pas de fièvre. Douleurs dans l'hypochondre gauche. L... a pâli notablement et un peu maigri. Fonctions digestives bonnes.

Nous posons le diagnostic de grossesse extra-utérine et, en l'absence d'accidents, nous décidons de revoir encore la malade avant d'intervenir.

8 avril. L... va consulter M. le professeur Pinard qui diagnostique une grossesse extra-utérine probable et conseille de pratiquer le cathétérisme utérin pour éclairer le diagnostic.

Le 12. Elle consulte le Dr Dumontpallier qui essaye en vain le cathétérisme, diagnostique une grossesse utérine avec rétention du fœtus, et conseille de faire l'accouchement forcé.

Le 20. Nous essayons de pratiquer le cathétérisme utérin. Impossible d'introduire l'hystéromètre. Une sonde en gomme pénètre à 9 ou 10 centim. environ, et paraît se diriger à gauche. Une sonde métallique introduite dans la vessie, nous indique que cet organe est reporté à droite. Nous maintenons notre diagnostic de grossesse extra-utérine. L... est un peu fatiguée. Elle souffre du ventre de temps en temps. Le pouls est fréquent; l'état général est moins bon. Nous lui proposons de la débarrasser de sa grossesse par la laparotomie. Le 28, j'eus l'occasion de la présenter à M. le professeur Guyon qui voulut bien l'examiner et nous aider de ses conseils. L'hystéromètre ne pénètre pas dans l'utérus. La sonde en

gomme y pénètre, comme nous l'avons dit plus haut. M. Guyon nous fait constater l'existence d'une petite tumeur située à gauche de la ligne médiane, s'élevant à 5 ou 6 centim. au-dessus du pubis et paraissant indépendante du kyste fœtal. Cette tumeur paraît se contracter. Nous pensons que c'est l'utérus dévié à gauche. M. Guyon est d'avis qu'il faut pratiquer la laparotomie. Il n'y avait pas lieu de songer à l'élytrotomie. Nous décidâmes d'ouvrir simplement le kyste fœtal et de le laisser en place. La lecture des intéressantes observations publiées par M. le professeur Pinard dans les *Annales de gynécologie*, l'excellence des résultats obtenus nous engageaient à choisir ce procédé.

Nous pratiquâmes l'opération, le 7 mai, avec le concours des Drs Cassine, Desprez et Billaux. Toutes les précautions furent prises pour faire une opération aussi aseptique que possible. Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane s'étendant de l'ombilic à 0,04 centim. au-dessus du pubis. On tombe sur le kyste fœtal qui n'a contracté aucune adhérence avec la paroi abdominale. Au sommet du kyste, on trouve un point fluctuant. Pas de fluctuation dans le reste de la tumeur. Isolement de la cavité péritonéale par 20 points de suture en commençant par l'angle supérieur. Par les orifices des deux premières sutures, sortie d'un peu de liquide brunâtre. La paroi du kyste est épaisse et très dure, comme fibreuse, d'un blanc grisâtre. L'incision entre les deux rangées de sutures donne issue à un liquide brunâtre, assez épais, peu abondant (un verre environ). Le fœtus, tête à gauche, est dirigé transversalement. Le placenta, très épais, est inséré sur la face antéro-inférieure du kyste. Il est dur comme s'il avait macéré dans l'alcool. Il n'est pas vasculaire. L'extraction du fœtus fut facile. Il fallut seulement agrandir un peu l'incision pour faciliter la sortie de la tête. Fœtus mâle, bien conformé, à terme. Poids : 2,500 grammes.

Le placenta, très épais, est fort adhérent dans toute son étendue. Une hémorrhagie fournie par une petite artère interkysto-placentaire est arrêtée par une ligature. La poche est largement lavée avec de l'eau chloroformée chaude.

Après avoir fermé par trois points de suture la partie supérieure de l'incision, je place un gros drain et le pansement est complété par l'application de gaze phéniquée et d'une épaisse couche d'ouate.

Après l'opération, grog, champagne.

Dans la journée, la malade se plaint d'éprouver des douleurs (battements) qui vont en augmentant jusqu'au lendemain. Dans la nuit du mardi au mercredi, vomissements fréquents de mucosités blanches et tantôt de matières verdâtres. Subdelirium, insomnie. Le mercredi matin, je trouve la malade très abattue. La peau est froide, le pouls un peu lent. Les vomissements persistent, hoquet, angoisse épigastrique. L'opérée demande de l'air, soif vive, ventre sensible, sans ballonnement. Les douleurs changent de caractère. Il semble à la malade que tout va se déchirer. Ces douleurs sont presque continues. Prescription : vin de champagne, glace, potion avec chloroforme et sirop diacode.

Les vomissements persistent pendant toute la nuit du mercredi au jeudi. Le ventre est un peu plus gros, sensible à la pression.

Mercredi soir, pouls plus fréquent, petit, peau plus chaude.

Jeudi matin, fièvre intense. Peu de vomissements, grande anxiété. Le soir, les douleurs sont un peu moins fortes, mais la fièvre est toujours intense. Peau chaude et sèche, soif ardente. La langue est nette et humide.

Application de collodion et de glace sur le ventre.

L'écoulement prend une odeur extrêmement fétide malgré les irrigations faites avec de l'eau chloroformée.

Jeudi soir. Les vomissements ont complétement cessé. La fièvre ne diminue pas. Les douleurs ont disparu. La respiration est plus facile.

Vendredi matin. La nuit a été meilleure. La malade a dormi, elle se trouve assez bien, renvois assez fréquents, mais pas de vomissements.

Le soir, grand accablement. T. 40°. P. 130. Pas de douleurs de ventre. L'écoulement devenant de plus en plus fétide, on fait de fréquentes irrigations avec la solution de naphtol B. Le placenta commence à se détacher samedi matin, nuit assez bonne. P. 110. Quelques renvois. Ventre peu sensible. Le placenta continue à se décoller, j'en enlève chaque jour quelques fragments. A partir de samedi, il ne se présente plus aucun incident notable. La fièvre tombe. L'état général s'améliore. L'appétit revient. La malade reprend des forces. Le 5 juin, il ne reste plus rien du placenta. L'état général est excellent. La malade se lève.

20 juin: Cicatrisation presque complète. Il reste seulement un

peu de suppuration au niveau de trois points de suture. La malade se promène.

Le 1er juillet, la cicatrisation est complète. Dans les derniers jours de juillet les règles reparaissent.

Revient me voir plus d'un an après l'opération. Sa santé est excellente. Elle est parfaitement réglée. Je trouve une légère éventration à gauche et en bas de la cicatrice. Je prescris l'application d'un bandage qui empêche l'éventration de s'étendre.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Ainsi, voilà une grossesse ectopique qui a évolué exactement comme une grossesse utérine normale. Elle montre que le diagnostic, en pareil cas, n'est pas toujours facile. Le Dr Dumontpallier, n'ayant pas pu pénétrer dans l'utérus, conclut à une rétention du fœtus mort dans l'utérus. Le professeur Pinard diagnostique une grossesse extra-utérine probable. Le cathétérisme utérin digital étant impossible ainsi que l'introduction de l'hystéromètre, nous ne pouvions obtenir aucun renseignement de ce mode d'exploration. L'introduction d'une sonde en gomme nous faisait bien penser que la cavité utérine était libre, mais ce n'était pas une certitude. Notre diagnostic était basé surtout sur l'ensemble des phénomènes observés. La déviation de la vessie en arrière et à droite, la présence d'une petite tumeur contractile au-dessus du pubis et un peu à gauche, nous convainquirent que nous avions sous les yeux une grossesse extra-utérine.

La circulation interkysto-placentaire étant interrompue depuis longtemps et la santé général de L... commençant à s'altérer, nous n'hésitâmes pas à proposer l'intervention chirurgicale. Mais quelle devait être cette intervention ? Il ne fallait pas songer à l'élytrotomie. Fallait-il enlever le kyste fœtal en totalité ? Nous avons préféré l'inciser et le laisser en place. Comme le dit fort justement le professeur Pinard : « enlever tout le kyste est peut-être plus chirurgical, c'est moins prudent ». Le kyste était si intimement uni à l'utérus qu'il aurait probablement fallu enlever cet organe. L'incision simple était beaucoup moins dangereuse.

Nous avons vu éclater une péritonite qui nous inspira les plus grandes inquiétudes. L'antisepsie avait été aussi parfaite que possible. Quel était donc le point de départ de cette péritonite ? A la partie supérieure du kyse fœtal, la paroi très mince fut traversée par l'aiguille dans les deux premiers points de suture. Il s'échappa probablement par le trou de sortie de l'aiguille quelques gouttes de liquide kystique qui tombèrent dans la cavité péritonéale et déterminèrent les accidents observés. De là découle l'indication absolue de faire cheminer l'aiguille dans l'épaisseur de la paroi du kyste sans jamais la traverser.

Il me reste à signaler un petit incident opératoire. L'extraction de la tête du fœtus étant assez difficile, je voulus agrandir l'ouverture en prolongeant l'incision du côté du pubis. Je tombai sur le fond de l'utérus qui faisait corps avec le kyste fœtal. J'hésitai d'autant moins à abaisser l'incision que, d'après la direction de la sonde dans le cathétérisme utérin pratiqué antérieurement je croyais que l'utérus était situé un peu à gauche de la ligne médiane. Quant à la vessie, j'étais certain de ne pas la rencontrer. Du reste, cet incident ne présentait rien de grave. Il n'en est pas moins préférable de ne pas trop descendre l'incision, l'utérus, dans les grossesses extra-utérines, s'élevant le plus souvent au-dessus du pubis.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Session tenue à Paris du 17 au 23 avril 1892.

Laparotomie pour péritonite aiguë.

M. Jacobs (Bruxelles). — Je fus appelé il y a quelques semaines auprès d'une femme alitée depuis 3 semaines et présentant depuis

quelques jours des symptômes de péritonite aiguë généralisée. Cette femme portait depuis longtemps un fibrome jusqu'alors indolent. Les accidents dataient d'un refroidissement ayant provoqué un arrêt brusque des règles et la péritonite aiguë avait éclaté après une chute. L'état était très grave quand j'arrivai : vomissements continus, pouls à 144, température à 39°,2. La laparotomie fut pratiquée quelques heures plus tard, les anses intestinales furent nettoyées des fausses membranes ; l'épiploon gangrené fut réséqué. Il existait, outre le fibrome utérin, un kyste suppuré du ligament large rompu dans le péritoine. Lavage du péritoine, tamponnement de Mikulicz. L'opération avait duré 2 h. 1/4 et la malade succomba dans la soirée.

M. Pozzi a déjà signalé à la Société de chirurgie un cas de pelvipéritonite aiguë guéri par la laparotomie. Il y a deux mois, en pleine épidémie d'influenza, une femme atteinte de salpingite ancienne fut prise d'influenza accompagnée de phénomènes de péritonite. Après laparotomie, M. Pozzi trouva les anses intestinales agglutinées, les décortiqua et les lava. Cette malade guérit, et sans l'opération il est à peu près certain qu'elle serait morte.

Contribution à l'histoire des fibromyômes du ligament large.

M. Gross (de Nancy). — Les tumeurs solides du ligament large sont des productions infiniment rares et leur mode d'origine est encore imparfaitement connu. Pour ce qui est des fibromyômes, leur point de départ a été pendant longtemps et est souvent encore rapporté à l'utérus C'est Virchow qui, le premier, a établi que des tumeurs fibreuses pouvaient se développer directement dans le ligament large. Schetelig, Langenbeck, Gayet, Billroth, Schrœder, Tédenat, etc., ont rapporté des observations de fibromyômes *intra-ligamentaires* sans connexion apparente avec l'utérus ; mais pour des tumeurs de ce genre, il sera toujours difficile, sinon impossible, de distinguer si la néoplasie a une origine intra-utérine ou utérine. Les tumeurs *pédiculées* sont infiniment plus démonstratives ; mais elles sont extrêmement rares. On n'en connait encore que cinq observations dues à Mikulicz, Sænger, Barker, Bilfinger et Doran. M. Gross en rapporte un nouvel exemple. Il eut occasion d'extirper, par la laparotomie, un fibromyôme de 2,500 gr. dont le pédicule était inséré sur le ligament large du côté droit.

Quant au point d'origine de ces tumeurs, M. Gross le place, avec Sænger, dans les éléments musculaires du ligament. Il réfute la théorie de Grohe et Klebs qui ont considéré ces néoplasmes comme étant nés dans l'ovaire ou dans un ovaire accessoire, il n'admet pas davantage l'opinion de Mikulicz, qui, dans son observation, a incriminé le parovaire.

Le diagnostic des tumeurs pédiculées du ligament large est difficile, il n'a été fait que dans un cas par Breisky; dans les autres observations, on a toujours cru à une tumeur ovarique. L'erreur ne saurait avoir d'importance au point de vue opératoire, ces tumeurs s'enlèvent comme les tumeurs ovariques; la seule différence provient de la constitution du pédicule qui sera traité comme celui des fibromes utérins sous-péritonéaux.

Traitement des suppurations pelviennes.

M. Routier (de Paris). Voir plus haut page 325 cette communication reproduite in extenso.

De l'épispadias chez la femme.

M. Auffret a vu une jeune fille atteinte d'une incontinence d'urine congénitale. Elle perdait ses urines dans toutes les positions, et surtout dans la position horizontale; elle en gardait cependant un peu dans la vessie. A l'examen local, on constatait une malformation évidente. Le méat était transformé en une fente transversale d'un centimètre environ, au-dessus de laquelle il n'y avait pas de clitoris; l'hymen dilaté laisse, dans la position verticale, l'utérus tomber en prolapsus. De chaque côté les grandes et petites lèvres sont divergentes par en haut. En introduisant le doigt dans la fente qui remplaçait le méat, on entrait directement dans la vessie et on constatait que, les parois inférieure et latérale de l'urèthre existant, la paroi supérieure manquait. Il n'y avait pas de disjonction dans la symphyse. M. Auffret a trouvé un cas semblable dans la thèse de Nunez, inspirée par M. Guyon. Ce cas, d'ailleurs, n'a pas été opéré, tandis que M. Auffret a soumis sa malade à une intervention chirurgicale. Ayant constaté que la fente uréthrale avait une lèvre inférieure, faisant pour ainsi dire la moue, il eut l'idée d'exagérer encore cette disposition de faire, à créer devant l'urine une sorte de digue. Il y parvint en avivant

de chaque côté une surface à peu près elliptique et en suturant d'arrière en avant. Il a obtenu ainsi une amélioration indéniable, mais il reste à compléter le résultat, d'une part pour rétrécir l'urèthre en tentant de refaire une paroi supérieure, et d'autre part, en s'attaquant au prolapsus utérin.

Hernie inguinale de l'utérus malformé. Absence du vagin.

M. Schwartz (Paris) communique une observation fort analogue à celle que M. Roux (Lausanne) a publiée l'an dernier. Il s'agit d'une femme de 25 ans, porteuse de deux hernies inguinales irréductibles, constituées par des masses dures et allongées, en avant desquelles descendent l'intestin et l'épiploon. Le vagin est absent et c'est pour cela que la malade vient consulter ; M. Schwartz jugea qu'il était en effet possible de faire un vagin artificiel. L'opération réussit fort bien et ultérieurement fut pratiquée la cure radicale des hernies, en deux séances ; on y trouva des deux côtés un gros cordon musculaire et érectile ; à droite il y avait en outre la trompe et plus loin l'ovaire, et de l'angle antérieur partait le ligament rond ; c'était donc une corne utérine restée indépendante.

Infection du rein et du bassinet consécutive à la compression de l'uretère par l'utérus gravide.

M. Reblaud (Paris). — On néglige ordinairement l'étude des pyélonéphrites consécutives aux rétentions rénales dues à la compression de l'uretère par l'utérus gravide. Je crois donc devoir relater cinq observations que j'ai recueillies dans le service de M. Guyon. La première est celle d'une femme de 30 ans qui fut prise au 5e mois de sa grossesse d'accidents que l'on attribua à une cystite ; mais un examen circonstancié prouva que la vessie était saine et que le pus venait du rein droit. Ma seconde malade fut prise vers 4 mois 1/2 d'un trouble de l'urine qu'ici encore son médecin attribua à une cystite ; en réalité le rein droit était en cause ; le simple repos amena la cessation des symptômes. Ma troisième malade fut prise, encore vers le 5e mois, d'une pyélonéphrite droite ; aujourd'hui depuis deux mois stationnaire, fort intéressante parce qu'elle a succédé à une attaque fébrile avec troubles digestifs intenses. Enfin mes deux dernières observations sont relatives à des néphrotomies pour pyonéphroses du rein droit, les

accidents ayant eu manifestement leur début pendant les derniers mois de la grossesse. Chez aucune de ces femmes, à une époque quelconque, il n'y a eu de phénomènes de cystite.

Je crois incontestable que dans ces cas l'origine de tout est la rétention rénale bien connue, consécutive à la compression de l'uretère par l'utérus gravide et c'est pour cela, en raison de l'inclinaison à droite de l'utérus gravide, que le siège est exclusivement à droite. Cette hydronéphrose s'infecte presque certainement par voie sanguine, et non par voie ascendante, le rein distendu étant un lieu de moindre résistance. Il est à noter que dans mes 5 cas l'agent microbien causal était le *bacterium coli commune*, et à cet égard l'observation où la maladie a commencé par des troubles intestinaux aigus me paraît spécialement intéressante.

De la voie ischio-rectale pour aborder les fistules vésico-vaginales difficilement accessibles.

M. P. Michaux (de Paris). — Il y a peu d'infirmités plus pénibles pour les malades que les fistules vésico-vaginales; il en est peu qui nécessitent plus de persévérance, plus d'ingéniosité de la part du chirurgien ; souvent cinq ou six opérations sont nécessaires pour arriver à les fermer.

Ces considérations s'appliquent surtout aux fistules cervicales ou juxtacervicales, environnées de tissus cicatriciels, et difficilement accessibles. Dans ces conditions, l'opération vaginale directe est souvent impossible et il a fallu tourner la difficulté en pratiquant l'occlusion de la vulve et du vagin.

Cette méthode palliative n'est pas sans inconvénients et sans dangers; ce n'est qu'avec la plus grande répugnance, dit Pozzi, que les femmes consentent à se laisser priver de vagin ; il est arrivé fréquemment qu'après y avoir consenti, elles ont demandé à revenir à leur état d'infirmité première.

Nous pouvons, je crois, faire mieux en utilisant la voie ischio-rectale, opération absolument neuve dans son application à la cure des fistules vésico-vaginales. Voici comment j'ai été conduit à recourir à ce procédé. Une femme atteinte de fistule vésico-vaginale juxtacervicale entourée de tissu cicatriciel entre dans le service de mon maître le Dr Labbé à l'hôpital Beaujon. J'essaie de l'opérer par les voies naturelles; après une heure de tentatives

infructueuses, je suis obligé d'y renoncer. En l'explorant avec plus de soin dans le décubitus latéral gauche, je suis frappé de la proximité du doigt vaginal et du doigt déprimant les parties molles ischio-rectales. J'expérimente sur le cadavre, je suis surpris, étonné du jour ainsi obtenu pour éclairer et aborder la fistule.

Je pratique l'opération, je ferme la fistule, mais le résultat n'est pas complet ; je viens de faire une nouvelle opération et j'ai tout lieu de croire que j'aurai un bon résultat.

Voici en quelques lignes les principaux temps de l'opération.

Situation : Femme couchée sur le côté, le tronc et la tête inclinés en avant, la cuisse correspondante plus fléchie que celle du côté opposé.

1er *temps. Incision périnéale.* — Parallèlement au sillon interfessier et à un gros travers de pouce au-dessus de ce sillon, conduisez une incision de dix centimètres, commençant en arrière à peu près au niveau de l'anus et finissant en avant à peu près au croisement de la grande lèvre correspondante et de l'arcade osseuse ischio-pubienne. Cette incision vous conduit dans la graisse ischio-rectale, facile à décoller, et vous ne rencontrez aucun organe important, sinon en arrière le nerf hémorrhoïdal et les vaisseaux hémorrhoïdaux inférieurs, faciles à respecter. Sur la face inférieure de votre ouverture, vous touchez facilement le doigt introduit dans le vagin, que recouvrent supérieurement les fibres antéro-postérieures du releveur de l'anus.

Telle est la *voie ischio-rectale*, conseillée autrefois par Hégar pour aller à la recherche des abcès pelviens, et recommandée aussi par Sænger, *périnéotomie verticale de Pozzi.*

Jamais à ma connaissance elle n'a été appliquée à la cure des fistules vésico-vaginales, peut-être même pourrait-on étendre ses indications

2e *temps. Incision du vagin à sa partie supérieure.* — Dans une étendue de 5 à 6 centimètres, sur le milieu de la face latérale, incisez le vagin que vous indiquent les doigts ou des tampons iodoformés introduits dans sa cavité. Deux pinces à forcipressure saisissent les deux lèvres de la boutonnière et maintiennent la *fenêtre ouverte.*

Vous avez alors sous les yeux, et peu éloignés, le col de l'utérus que vous pouvez attirer à vous, la région juxtacervicale et toute la paroi antérieure du vagin.

Au besoin, si cela était utile, rien ne s'opposerait à ce que l'on fendit d'un coup de ciseaux prolongeant l'incision supérieure toute la grande lèvre correspondante, on aurait alors sous les yeux toute la paroi vésico-vaginale. Cette variante de l'opération mériterait d'être étudiée plus longuement.

La simple boutonnière supérieure, telle que je l'ai pratiquée, donne déjà, je puis le certifier, un jour vraiment surprenant et remarquable.

Ces temps exécutés, on avive et on suture la fistule vésico-vaginale comme dans les procédés classiques; la manœuvre des instruments est facile; puis on ferme par une suture en surjet la boutonnière vaginale, on met dans la fosse ischio-rectale une petite mèche de gaze iodoformée et on suture au crin de Florence ou à la soie la plaie périnéale.

Cette opération offre certainement au chirurgien des moyens de réparation directe qui lui faisaient jusqu'ici défaut et elle restreindra à un minimum insignifiant le nombre des cas justiciables de l'occlusion.

Débridement vulvo-vaginal, comme opération préliminaire.

M. Chaput (de Paris) rapporte d'abord une observation dans laquelle il s'agissait d'une femme atteinte d'un fibrome volumineux remontant à trois travers de doigt du pubis et compliqué d'accidents de compression vésicale, de cystocèle et d'abaissement du col. L'auteur, après avoir essayé en vain l'énucléation de la tumeur, fit l'extirpation totale de l'utérus et du fibrome. L'opération, d'abord très difficile, devint extrêmement simple après qu'on eut fait le débridement vulvo-vaginal.

Sur une ligne dirigée du centre de la vulve à l'ischion, à 5 centim. au-dessous de la vulve, on ponctionne la peau avec un couteau à longue lame; on fait ressortir la pointe dans le vagin à un ou deux centim. du col utérin, et, le tranchant étant tourné en haut, on sectionne rapidement les parties molles de bas en haut.

Les deux lèvres de la plaie sont comprimées par les doigts de l'opérateur et de son aide; on place ensuite une pince sur les quatre angles du losange cruenté, on étale la plaie et on en fait l'hémostase temporaire avec les pinces à forcipressure. On laisse tomber les pinces par leur propre poids, et on place par-dessus un écarteur; on exécute alors dans de bonnes conditions l'opération principale.

Celle-ci finie, on suture le débridement avec l'aiguille d'Emmet. On commence par placer un crin de Florence au niveau des angles latéraux du losange pour servir de repère. On suture ensuite la région vaginale au catgut et la région cutanée au crin de Florence. Comme pansement, il suffit d'insufler de l'iodoforme sur la plaie cutanée.

Ce qu'il y a de particulier dans cette technique, c'est l'étendue considérable du débridement, la manière de l'exécuter (par transfixion), l'hémostase, et aussi la description méthodique des temps opératoires.

L'auteur a fait le débridement quatorze fois, le plus souvent unilatéral, quelquefois des deux côtés.

Le débridement est indiqué toutes les fois que les opérations sur l'utérus sont difficiles en raison de la disproportion entre le volume de l'organe et le diamètre de la vulve.

Dans les extirpations de l'utérus pour salpingites, cette manœuvre rend facile l'enlèvement secondaire des annexes; l'auteur l'a encore employée dans les extirpations pour cancer, pour fibrome, pour prolapsus, dans un cas de polype chez une vierge, pour réparer une fistule vésico-vaginale inaccessible. Enfin le débridement présente encore de nombreuses applications à l'obstétrique qui ont été développées par Dührssen dans un remarquable mémoire.

M. Picqué. — Le débridement est souvent utile pour les fistules vésico-vaginales avec vagin cicatriciel, mais non point pour les opérations pratiquées sur l'utérus. Avec de bons aides et de bons écarteurs, et le morcellement, il n'est pas de ces opérations que l'on ne puisse achever sans recourir au débridement.

Du traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystérectomie abdominale.

M. Girard (Grenoble). — Les règles que je suis habituellement sont les suivantes :

Je me mets à l'abri de l'hémorrhagie primitive ou secondaire en liant vigoureusement, avec des fils de soie, le pédicule divisé en autant de parties qu'il est nécessaire. Je ne fais pas de ligature provisoire du pédicule et je n'emploie pas habituellement les pinces de Richelot; je préfère lier de suite entre deux fils ; je gagne du

temps, et le champ opératoire est débarrassé d'une masse de pinces.

J'évite les accidents de septicémie par une désinfection préalable de l'intestin, de la peau et du vagin.

Quant à la désinfection du segment de l'utérus laissé en place, des trompes et des ovaires, je l'obtiens en excisant la muqueuse utérine et en enlevant les trompes et les ovaires, s'ils sont altérés. Quand ces précautions ont été prises, je ne crois pas nécessaire de recouvrir le pédicule d'un capuchon péritonéal. Ce capuchon est inutile si l'asepsie est parfaite, et, dans le cas contraire, il ne peut offrir qu'une barrière incomplète aux microbes, si rapprochées que soient les ligatures.

Je ne cautérise pas le pédicule quand la cavité utérine a été ouverte, parce que je crains de couper les fils de soie avec le thermocautère. Si cette cavité n'a pas été ouverte, je considère cette cautérisation comme inutile et même fâcheuse, car elle gêne l'établissement rapide d'adhérences de voisinage, qui assureront la nutrition de la partie du pédicule située au-dessus de la ligature, dont il faut éviter la nécrobiose trop rapide.

Je laisse les ovaires en place quand ils sont sains, car il me semble nécessaire de limiter la mutilation de la femme au strict indispensable, et de diminuer le traumatisme dans la mesure du possible ; les suites opératoires ne peuvent en être que meilleures.

Par toutes ces simplifications opératoires qui ne paraissent pas nuire à l'hémostase et à l'antisepsie, on diminue singulièrement la durée de l'opération et partant le shock, la troisième cause principale de mort après l'hystérectomie.

Pyo-salpinx double ; laparotomie ; guérison ; occlusion intestinale consécutive ; laparotomie ; guérison.

M. Potherat (Paris). — Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, entrée dans le service de M. Bouilly pour un pyo-salpinx double, consécutif à une métrite ancienne d'origine puerpérale. Je fis la laparotomie et enlevai deux tumeurs de pyo-salpingite ; les tumeurs se rompirent et versèrent dans le ventre un pus jaunâtre, un pus grumeleux, sans odeur. Lavage abondant avec une solution de sublimé à 1/1000, étendue d'eau bouillie ; drainage de Micculicz et fermeture de l'abdomen. Suites simples ; suppression du

drainage au bout de quarante-huit heures, des fils au bout de huit jours. La malade était guérie, se levait, allait sortir, quand éclatèrent des accidents d'occlusion intestinale à marche rapide et de la plus extrême gravité.

Je fis *in extremis* une nouvelle laparotomie, trouvai une anse intestinale adhérente à la paroi, la détachai et déroulai l'intestin grêle, que je trouvai tordu sur lui-même; je le détordis et je fermai complètement l'abdomen. Cinq heures plus tard, la malade rendait des garde-robes. Elle se releva peu à peu et finit par guérir. Elle est restée aujourd'hui encore complètement guérie.

Un cas de gynatrésie.

M. Paul Petit (Paris). — Il s'agit d'une femme, mariée à vingt-trois ans et qui accoucha en juin 1878. Le travail ne marchant pas, un médecin fut appelé. Il reconnut l'existence d'un obstacle dans le vagin, le divisa avec le bistouri et termina par une application de forceps.

Quelques mois après, la malade fut examinée par M. P. Petit, et voici ce qu'il put constater par le toucher. Il existait à 6 centimètres de la vulve, un rétrécissement cicatriciel sous forme de cylindre avec un trajet central. Un stylet pénétrait par l'orifice, et au bout de 2 centimètres de parcours, tombait dans une cavité assez spacieuse. La malade avait perdu fort peu au moment de ses règles, et chaque fois elle sentait une pesanteur dans le ventre, une gêne qui devint très forte et pour laquelle M. P. Petit fut consulté. On trouva, outre le rétrécissement du vagin, une tumeur abdominale, volumineuse, fixe, mate. On pensa à un hématomètre et l'on fit la dilatation du trajet vaginal, pour permettre l'écoulement du liquide et le nettoyage de la cavité postérieure. Il se développa rapidement des accidents de péritonite et l'on pratiqua la laparotomie. On trouva une poche volumineuse de laquelle on retira un litre de pus. La poche fut réséquée le plus possible et marsupialisée. La malade guérit. Plus tard, on fit l'incision du rétrécissement et la dilatation avec des bougies. La malade est actuellement en bon état.

De la cocaïne dans les injections utérines.

M. Lediberder (de Lorient) emploie souvent les injections intra-utérines de teinture d'iode, et pour éviter la douleur pro-

duite par ces injections, il fait usage de la cocaïne, non pas en injections interstitielles, mais de la façon suivante.

La canule de la seringue de Braun est introduite jusqu'au fond de l'utérus ; on la retire lentement en poussant la solution de cocaïne à 1, 2 ou 3 0/0, de manière à remplir la cavité utérine. La canule reste à l'orifice, qu'elle tient bouché pendant deux ou trois minutes ; le contact de la solution de cocaïne avec la muqueuse suffit pour amener l'anesthésie. M. Lediberder cite plusieurs observations dans lesquelles cette injection préalable de cocaïne a rendu complètement indolentes les injections intra-utérines de teinture d'iode.

Quelques formes cliniques de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.

M. Boursier (Bordeaux) désire attirer l'attention sur la pathogénie des accidents qui surviennent à la suite de la torsion du pédicule. Tous les auteurs, et surtout M. Terrillon (de Paris), attribuent les symptômes à l'étranglement des vaisseaux qui parcourent le pédicule pour se rendre à la tumeur. Mais M. Boursier n'admet pas l'opinion qui veut que la torsion soit toujours brusque. D'après les faits qu'il a observés, M. Boursier propose de distinguer deux genres de torsions ; les torsions avec ou sans étranglement des vaisseaux.

La première observation est celle d'une femme ayant présenté déjà quatre crises d'accidents au moment où elle fut adressée à M. Boursier, par le médecin qui constata l'existence d'un petit kyste de l'ovaire. L'ovariotomie fut pratiquée le 23 novembre 1891, dans le service de M. le professeur Demons ; le kyste contenait un liquide hémorrhagique et le pédicule était tordu.

La seconde observation est celle d'une jeune fille de dix-neuf ans, dont le kyste prit brusquement, mais sans douleur, un volume énorme. On retira par la ponction un liquide hémorrhagique, et l'on trouva, dans la fosse iliaque droite, une masse solide faisant partie de la tumeur. Le lendemain, cette masse s'était rapprochée de l'ombilic ; elle passa ensuite à gauche de la ligne médiane et finalement se plaça dans la fosse iliaque gauche.

L'ovariotomie fut pratiquée le 21 mars 1829. Le pédicule n'avait subi qu'une torsion d'un demi-tour de spire ou plutôt s'était détordu.

M. Boursier dit qu'il y a lieu de distinguer deux sortes de cas. Dans les premiers, les accidents sont brusques et graves d'emblée ; dans d'autres, il y a des accès successifs, avec aggravation croissante et progressive des symptômes. Généralement, les crises se répètent à intervalles plus ou moins longs; ces récidives se produisent, soit par torsions successives s'ajoutant les unes aux autres, soit par torsion et détorsion alternatives. Ce dernier cas est celui de la jeune fille. Ce qui semble confirmer ce mécanisme, c'est le phénomène constaté, dans les deux cas, de translation d'un kyste de l'ovaire gauche vers le côté droit, d'où crise par torsion, et dans le second cas, le fait du déplacement d'un kyste à pédicule tordu, du côté droit au côté gauche, d'où cessation des phénomènes.

A. Broca.

Une des deux questions proposées à la discussion pour le prochain congrès qui aura lieu en 1893 à Paris pendant la semaine de Pâques, est *Tumeurs fibreuses de l'utérus.*

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

1re session tenue à Paris du 21 au 23 avril.

Présidence de M. Tarnier.

La 1re séance ouverte le 21 avril à 2 heures dans le petit amphithéâtre de la Faculté, a été tout entière consacrée à la discussion des statuts, à la nomination de membres titulaires, et à l'élection des deux vice-présidents, MM. Moussous, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux et Guéniot, chirurgien en chef de la Maternité de Paris.

Parmi les membres fondateurs présents nous remarquons : M. Hervieux, les professeurs Fochier, Gaulard, Herrgott, Pinard : MM. Ribemont-Dessaignes, Maygrier, Champetier de Ribes, Porak, Budin, Charpentier, Doléris, Lefour (de Bordeaux); Guillemet (de Nantes), Salmon (de Chartres), Queirel (de Marseille), Duchamp (de Saint-Etienne), Thierry (de Rouen), etc., etc.

Nous donnons ci-dessous l'analyse détaillée des communications les plus importantes faites au cours des trois séances :

Des accidents syncopaux et de la mort subite pendant les injections intra-utérines post-partum.

M. TARNIER. — J'ai fait conserver, dans mon service, l'usage des injections utérines après la délivrance ; et, sans vouloir discuter l'utilité de cette manière de faire que certains accoucheurs contestent, je dois dire que je suis très heureux de cette pratique, d'après ce que me démontrent les résultats de la clinique et les recherches de laboratoire que j'ai fait entreprendre.

Mais, faisant des injections utérines avec du sublimé, il m'est arrivé deux intoxications, en 1886 et en 1890, qui m'ont décidé définitivement à proscrire l'emploi de cet agent en injections intra-utérines.

Je me suis adressé à d'autres liquides et j'ai eu une fois une mort presque subite quelques heures après une injection intra-utérine de sulfate de cuivre à 5 0/0, due à une syncope dont la cause m'a échappé. J'ai grande crainte que le sulfate de cuivre ne doive être incriminé.

D'autres fois, avec l'eau phéniquée à 2 0/0 des accidents syncopaux se sont manifestés, ayant bien certainement pour cause la pénétration du liquide dans le milieu sanguin.

Je ne doute point que, dans certaines circonstances, le liquide de l'injection ne pénètre immédiatement et en grande abondance par les sinus veineux dans la circulation générale. Les expériences, dont on nous parlait il y a un instant, sont en faveur de cette opinion.

J'ai voulu savoir comment les liquides, en arrivant dans le sang déterminaient ces accidents syncopaux et si tous à titre égal les provoquaient.

J'ai donc, avec mon chef de laboratoire, M. Vignal, institué des expériences qui consistaient en l'injection veineuse des diverses solutions dont nous usions dans le service.

Or, j'ai trouvé et mis en évidence ceci : que *l'acide phénique, le sulfate de cuivre, le biiodure de mercure,* injectés dans la veine de l'oreille du lapin, déterminent par irritation spéciale de l'endocarde ou par coagulation de sang et embolie des accidents immédiats et de la dernière gravité, mortels si la dose est suffisante.

Les simples injections d'air font de même si l'air est poussé en quantité suffisante.

Si l'on se sert de sublimé, on pourra déterminer une intoxication qui portera ses effets sur le rein ou sur l'intestin et pourra tuer l'animal, mais on n'a pas ces accidents soudains obtenus avec l'acide phénique, le sulfate de cuivre ou le biiodure.

Je ne m'en suis pas tenu là, vous le pensez bien. Faisant injecter successivement du permanganate de potasse, de la microcidine, de l'acide salicylique, je n'ai produit aucun accident.

Cela répond absolument à ce qu'on observe en clinique.

Les accidents subits sont communs avec l'eau phéniquée, le sulfate de cuivre, avec le perchlorure de fer également.

Dans la récente thèse de Sylvestre, beaucoup d'observations sont relatées où vous pourrez vérifier ce que je viens de vous dire. Vous trouverez pourtant un exemple d'accident syncopal survenu avec l'acide salicylique, mais il s'agit d'un fait complexe : la femme avait perdu une grande quantité de sang et l'action de l'injection n'est pas certaine.

Quant au mode selon lequel le liquide injecté pénètre dans les veines, j'ai cru remarquer, pour ma part, et je trouve signalé dans la plupart des observations qu'au moment où l'accident apparaît, l'utérus venait de se contracter énergiquement sur la sonde. Je croirais que l'utérus, revenant violemment sur lui-même, chasse le sang, et comme le passage de reflux est étroit, il le chasse en même temps dans sa propre épaisseur, c'est-à-dire que cet utérus s'injecte en quelque sorte lui-même.

M. Budin. — La très importante communication que vient de nous faire M. Tarnier laisse un doute dans mon esprit, en ce qui concerne l'interprétation des accidents. M. Tarnier nous dit : quand l'utérus se contracte énergiquement, il pousse le liquide dans les sinus utérins. Or, cela me paraît en contradiction avec tout ce que l'anatomie et la physiologie nous enseignent. Nous avons tous appris, en effet, que quand l'utérus se contracte les sinus se ferment. Cependant M. Tarnier croit que c'est dans ces conditions que le liquide pénètre ; je ne nie certainement pas l'explication de M. Tarnier, mais je voudrais avoir de nouveaux faits.

Les expériences de M. Tissier, faites sur un utérus flasque, dont les sinus sont certainement béants, ne prouvent pas la pénétration possible dans un utérus qui se contracte.

En résumé, je ne nie pas l'interprétation de M. Tarnier, mais elle ne me satisfait pas complètement.

M. Champetier de Ribes (Paris). — J'ai observé également des cas dans lesquels l'utérus se contracte énergiquement au moment où pénètre l'injection ; or, dans ces circonstances j'ai vu, en général, sortir à ce moment un jet de sang, ce qui tendrait bien à prouver que les vaisseaux sont comprimés et non béants.

Les accidents syncopaux ne sont pas les seuls que l'on observe au moment de la pénétration d'une injection intra-utérine ; j'ai vu des frissons, de la dyspnée, etc. Tout cela prouve que ce n'est pas seulement en pénétrant dans les sinus qu'une injection intra-utérine peut provoquer des accidents.

M. Tarnier. — Je répondrai très brièvement : il est possible que la pénétration du liquide dans les sinus utérins au moment où l'utérus se contracte paraisse en contradiction avec les données admises; cependant, deux arguments, et je laisse de côté les expériences de M. Tissier, me paraissent plaider en faveur de l'interprétation de la pathogénie des accidents syncopaux, telle que je la propose.

Le premier est un argument expérimental: les liquides qui ont produit des accidents syncopaux chez nos malades ont provoqué des syncopes chez les animaux auxquels ont les a injectés dans les veines.

Le second est tiré de l'observation clinique : dans tous les cas où nous avons vu des accidents syncopaux se produire, nous avons observé en même temps une violente contraction de l'utérus sur le liquide retenu dans son intérieur. Or, on peut admettre que quand l'utérus ne se contracte pas à vide, les sinus, au moins quelques-uns d'entre eux, restent béants.

M. Tissier. — Des faits d'intoxication soudaine, grave ou légère, survenus immédiatement après des injections utérines, des recherches cliniques faites en injectant divers liquides dans l'utérus immédiatement après la délivrance — établissent la pénétration des liquides d'injection dans l'organisme.

En multipliant les expériences sur des femmes mortes le lendemain ou le surlendemain de leur accouchement, j'ai pu me convaincre que sans la moindre pression (de 30 à 40 0/0 cent. d'eau par exemple), les liquides injectés dans l'utérus fusaient aussitôt dans la circulation générale si les voies de retour du liquide étaient fermées. Peut-il en être de même sur le vivant?

Assurément, si la tension veineuse est diminuée par des hémor-

rhagies, si quelque caillot ou débris vient boucher l'orifice du col, et s'il survient une brusque contraction utérine, grâce à laquelle l'utérus pressé sur le liquide incompressible s'injecte lui-même en quelque sorte.

Aussi faut-il :

a) Avoir soin de ne pas employer comme liquide à injecter un produit très toxique et n'en pas faire passer d'énormes quantités.

b) Ne jamais élever le vase à injection à plus de 30 cent. au-dessus du siège de la malade. Il n'est besoin que de laisser baver le liquide dans l'intérieur de la cavité utérine. Le but de l'injection est de baigner et d'imbiber toute la surface utérine, d'enlever les mucosités sanguinolentes, de faire contracter l'utérus. Mais on ne peut enlever de vive force par la violence du jet les débris qui resteraient adhérents aux parois.

c) Si l'utérus se contracte énergiquement — ce que l'on sent avec la main laissée au-dessus du pubis et ce que l'on voit en constatant l'arrêt de l'écoulement à la vulve — il faut aussitôt faire abaisser le vase à injection jusqu'au niveau du siège.

d) Choisir une sonde qui favorise le reflux du liquide — à double courant ou plate du modèle de M. Tarnier — tout en sachant qu'une sonde quelle qu'elle soit, ne donne à cet égard qu'une incomplète sécuri té

Traitement de l'infection puerpérale par la provocation de phlegmons sous-cutanés.

M. Fochier (Lyon). — Je viens de conseiller et d'indiquer le moyen de provoquer artificiellement la formation d'abcès dans l'infection puerpérale où l'on peut voir se produire spontanément des suppurations, et où ces suppurations, traitées chirurgicalement, peuvent guérir en contribuant parfois d'une façon manifeste à la guérison de l'état infectieux.

Je n'ai nullement la prétention de faire appel aux [données de la microbiologie, et, me plaçant exclusivement au point de vue clinique, je dis qu'une infection pyogène généralisée est une maladie où l'on peut voir se produire à la fois plusieurs abcès dans divers organes ou dans différentes régions du corps; telle est l'infection puerpérale.

La remarque clinique fondamentale qui m'a amené au traite-

ment que je propose est la suivante : il y a des cas de fièvre puerpérale, qui sont l'exception sans être absolument rares, dans lesquels on voit une infection généralisée sans lésion importante appréciable subir une amélioration soudaine en même temps que se manifestent les signes d'une suppuration localisée ; par exemple, un phlegmon du sein ou de la fosse iliaque ou du tissu cellulaire sous-cutané, ou bien une monoarthrite, une péritonite localisée tardive, une salpingo-ovarite. L'abcès ou les abcès qui se forment alors méritent le nom que je leur donne depuis douze ans, d'abcès de fixation. Ils sont parfois des abcès critiques au sens ancien du mot, mais ils s'en distinguent le plus souvent et constituent à eux seuls une affection grave, plus immédiatement menaçante parfois que l'infection généralisée. Ils sont cependant le salut d'une façon bien manifeste s'ils sont traités chirurgicalement en cas de marche aiguë, et si on les laisse évoluer en cas de développement chronique ou subaigu.

A côté de ces faits, il en est d'autres où l'on voit non seulement des inflammations viscérales se révéler par des signes indubitables, puis rétrocéder rapidement sans qu'il y ait amélioration de l'état général, mais où l'on voit aussi des phlegmons diffus sous-cutanés affecter la même mobilité sous l'œil et même sous le bistouri de l'observateur. La tendance à la fixation est manifeste et cette fixation avorte plusieurs fois avant d'aboutir, ou plus souvent, dans cette forme, la mort arrive avant la suppuration.

La mort arrive parfois avant toute fluxion locale, mais ce sont là des cas rares se rattachant aux précédents par des transitions insensibles.

C'est en comparant ces deux types : le premier où l'amélioration coïncide avec une localisation suppurée, le second où la mobilité des fluxions est au contraire d'un fâcheux pronostic, que je suis arrivé à me poser comme indication thérapeutique la nécessité de provoquer des abcès faciles à traiter dans les formes graves d'infection puerpérale.

Ces deux types sont loin cependant de constituer la généralité de ces formes graves. Le plus souvent, on peut saisir et une lésion locale servant de point de départ, et des lésions de continuité et de contiguïté, et enfin des suppurations pour lesquelles il faut admettre la métastase, comme on disait autrefois, le transfert de microbes pyogènes, comme on dit maintenant. Les suppurations, dans

ces cas, mériteraient le nom d'abcès de diffusion par opposition avec les abcès de fixation, mais il faut d'emblée faire remarquer que la distinction est difficile à faire, sur la limite, entre ces deux ordres d'abcès, et qu'à la rigueur on peut traiter de fixations multiples les abcès d'un si fâcheux pronostic alors que les fixations uniques sont d'un si heureux augure.

Je ne m'attarderai pas davantage au développement de cette conception générale des accidents puerpéraux ; il m'entraînerait trop loin. Ce que j'en dis me suffit pour les conclusions que j'ai à en tirer, ou plutôt pour expliquer comment je suis arrivé à appliquer un traitement paradoxal à une infection pyogène.

J'en ai conclu que l'épuration du sang pouvait se faire par le moyen d'une large poche abcédée, et qu'à défaut de cette suppuration salutaire, le sang restait chargé d'humeurs mauvaises, humeurs peccantes pour parler comme autrefois, qui, séjournant dans le torrent circulatoire, continuaient d'empoisonner l'organisme et tuaient la malade.

Pour fixer ces éléments nocifs, je me suis depuis longtemps efforcé de provoquer des abcès périphériques, en injectant au début du sulfate de quinine, plus tard une solution de nitrate d'argent à 1/5, maintenant de l'essence de térébenthine. J'avais même pensé, pour déterminer plus souvent la formation d'abcès, à faire des injections microbiennes atténuées.

Tous les cas d'infection puerpérale ne sont pas, bien entendu, justiciables de cette thérapeutique.

Dans les cas simples où la maladie ne se décèle que par l'hyperthermie, il faut se contenter d'un traitement local, de purgatifs salins, de révulsifs avec alimentation, alcool et sulfate de quinine à dose moyenne.

Dans les cas plus compliqués avec, je suppose, une poussée vers les poumons menaçant d'asphyxier la malade, vous êtes autorisés à recourir aux injections d'essence de térébenthine.

Même dans les cas où vous avez déjà une localisation du mal, localisation spontanée, si l'état général reste mauvais, créez en quelque sorte un nouvel exutoire en provoquant ailleurs un autre abcès.

Actuellement les infections puerpérales ne ressemblent plus guère aux infections de jadis. Grâce au traitement antiseptique génital, rarement la maladie se cantonne dans la zone utérine, elle

ne trouve plus à s'y implanter ou du moins à s'y développer. Mais quand la femme a été envahie par le mal, elle peut n'avoir ni métrite, ni périmétrite, ni lymphangite, ni phlébite ; elle n'en est pas moins infectée. L'infection, chassée des voies génitales, se réfugie hors d'atteinte dans la profondeur, et plus lentement, parfois très tardivement, les malades succombent avec des accidents d'allure inconnue.

De telle sorte qu'on a pu parfois être porté à considérer que des accouchées mourant sans lésions utérines, avec des symptômes anormaux, étaient des femmes victimes des antiseptiques. C'est, qu'en effet, cette marche de l'infection ne s'observe que chez des femmes traitées antiseptiquement.

Mais, pour mourir à longue échéance, avec des signes d'hépatite, ou de néphrite, ou de myélite, ou d'encéphalite, ces accouchées n'en meurent pas moins et méritent d'être traitées autrement que par les soins locaux, incapables de porter le remède là où est le mal.

Dans ce cas, essayez des abcès artificiels. Je ne m'occupe pas de ce qu'en peuvent penser les histologistes ou les bactériologistes, qui n'ont pas qualité pour élever la voix, quand il s'agit de thérapeutique. Nous seuls, cliniciens, sommes juges de ce qu'il convient de faire.

Parfois, il arrive qu'une injection pyogène pratiquée chez des sujets très atteints ne détermine pas la suppuration. C'est que la réaction est en rapport avec l'état général, et que, de même que les malades profondément infectées n'ont que des poussées phlegmoneuses spontanées sans suppuration, de la même manière, des malades presque *in extremis* ne peuvent plus répondre par un abcès aux injections irritantes sous-cutanées.

On pourrait alors m'objecter, il est vrai, que mes injections n'ont qu'une valeur pronostique et témoignent si une malade est incapable ou non de faire du pus, c'est-à-dire est plus ou moins atteinte. J'estime, d'après mon expérience, que ma méthode, indépendamment de sa valeur de pierre de touche, présente encore une valeur thérapeutique réelle.

Comment agit le traitement? Il est probable que tout à l'entour du foyer purulent, il est sécrété des produits solubles qui vaccinent l'organisme.

Et cela me paraît si vrai, que je crains d'ouvrir une issue au pus,

parce que, le pus évacué, ses propriétés bienfaisantes disparaissent. Je conseillerais plutôt, avant d'ouvrir un abcès, d'en créer au préalable un autre dans le voisinage.

Après plusieurs tentatives inutiles avec les acides et le nitrate d'argent je me suis arrêté à l'emploi de l'essence de térébenthine qui provoque facilement des phlegmons lorsqu'on l'injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Je n'insisterai pas sur la technique de ces injections de térébenthine. Elles doivent être poussées dans le tissu cellulaire lâche au voisinage de l'aponévrose, mais elles peuvent aussi sans inconvénients s'infiltrer dans le tissu adipeux. On peut pousser un ou plusieurs centimètres cubes d'essence par la même piqûre ; je n'ai pas dépassé trois centimètres cubes, et je n'en pousse qu'un le plus souvent. Je n'ai pas observé d'infiltrations dermiques; il est certain qu'elles provoqueraient un sphacèle du derme. Lorsque l'on veut ménager une issue spontanée au pus, il n'y a qu'à retirer l'aiguille sans maintenir la peau, l'essence ressort en préparant un canal de sortie au pus.

L'injection n'est pas plus douloureuse qu'une injection de morphine, mais la douleur inflammatoire apparaît rapidement, de une heure à six heures après l'injection.

Lorsque l'injection a été poussée sous une couche épaisse de tissu adipeux, la tuméfaction peut rester masquée pendant plusieurs jours. La rougeur de la peau ne se prononce que le troisième jour, et alors les phénomènes sont essentiellement variables. L'abcès prend tantôt les allures d'un véritable abcès chaud, tantôt celles d'un abcès froid, ou du moins les allures d'un abcès qui n'a aucune tendance à ulcérer la peau. Ces allures se retrouvent, mais moins accusées, dans certains abcès de fixation de la fièvre puerpérale. Dans l'un et l'autre cas le pus s'épaissit, et trois fois, en attendant longtemps pour intervenir, j'ai vu à l'incision un véritable mastic purulent sortir de l'abcès artificiel. Ce mastic, je l'avais rencontré plusieurs fois à l'autopsie, notamment dans les annexes, et on le retrouve dans certaines salpingo-ovarites lors de l'opération.

Lorsqu'on incise de bonne heure, on trouve un abcès à loge anfractueuse, et dont la paroi est constituée par une mince couche de tissu sphacélé et infiltré de pus, analogue à la paroi d'un abcès froid sur différents points, ressemblant sur d'autres au bourbillon du furoncle. Il peut y avoir des décollements assez étendus, mais

qui ne paraissent pas jusqu'ici pouvoir provoquer des fusées envahissantes. Il est certain que si l'injection était poussée au-dessous de l'aponévrose, elle entraînerait le sphacèle de la membrane. La térébenthine ne paraît pas se résorber, puisque, au bout de quinze jours, on retrouve son odeur, mais on ne voit pas de gouttelettes distinctes au milieu du pus.

Ces abcès sont assez lents à guérir, ou du moins leur marche est très variable, suivant qu'ils ont évolué rapidement vers l'ulcération, ou qu'au contraire ils ont affecté des allures torpides. Dans ce dernier cas, il faut les inciser largement pour pouvoir explorer et panser toute la poche. Je n'insiste pas sur ces détails; ils ne laisseront pas désarmé un praticien qui possède et sait appliquer les éléments de la chirurgie, et je me borne à formuler les préceptes suivants, qui pourront être modifiés par l'expérience, mais dont les grandes lignes me paraissent acquises.

Les abcès de fixation doivent être ouverts plus ou moins tardivement suivant les allures qu'ils affectent, mais pour peu que l'état général persiste, il faut en provoquer de nouveaux sans attendre. Dans certains cas même, on fera bien d'avoir recours à cette provocation un ou plusieurs jours avant l'incision des premiers. C'est là une condition de fixation permanente, ou plutôt continue, qui me paraît essentielle pour le succès de la méthode dans les cas très graves.

Il faudra provoquer plusieurs abcès à la fois, si l'infection s'annonce comme menaçante à brève échéance, et c'est là le cas de l'infection purulente à grands frissons répétés. Dans l'érysipèle, qui n'est qu'exceptionnellement pyogène, mais qui se juge manifestement parfois par des abcès, il faudrait provoquer ces abcès à la périphérie de la rougeur envahissante; mais je donne le conseil de ne le faire, pour commencer, que dans les cas très menaçants, puisque je n'ai aucune expérience personnelle à ce sujet.

Il est bon de prévoir les objections qu'on peut me faire. Les uns diront : comment oser provoquer la suppuration sur un organisme qui a déjà, par malheur, trop de tendance à suppurer? Et je répondrai : le jour où vous m'aurez apporté un moyen de réprimer cette tendance à la suppuration, je ne la provoquerai plus.

D'autres allégueront : votre méthode n'est pas nouvelle, elle s'appelait révulsion ou dérivation, et le vésicatoire, le cautère et le séton faisaient, sinon tout, du moins une partie de ce que font vos

injections de térébenthine. — Je répondrai : accumulez les succès déjà acquis par le séton ou le cautère, je les accepte, ils seront un motif de plus pour faire accepter les abcès artificiels de fixation, ils ne serviront qu'à faire ressortir leur supériorité et à établir la conviction. J'ajouterai, du reste, que dans plusieurs cas qui pouvaient être considérés comme désespérés, j'ai obtenu des résultats très satisfaisants.

M. Salmon. — Je partage absolument la manière de voir de M. Fochier. Depuis près de quarante ans, à tous les malades atteints de septicémie chirurgicale, de phlegmon diffus en particulier, je fais de grands badigeonnages avec du nitrate d'argent, et quand cela ne suffit pas, j'insinue sous la peau du nitrate d'argent pour solliciter la suppuration.

Comme M. Fochier, j'ai noté que si les malades, malgré ces efforts, n'arrivaient pas à suppurer, cet échec comportait le plus mauvais pronostic.

M. Thiéry (Rouen). — J'approuve d'autant plus volontiers la méthode préconisée par M. Fochier que j'ai, de mon côté, obtenu dans les mêmes conditions, des résultats favorables. J'avais d'abord essayé de provoquer des suppurations sous-cutanées au moyen des injections de nitrate d'argent à 20 0/0; mes résultats étaient incomplets. Depuis, j'ai employé l'essence de térébenthine et, dans mes douze derniers cas, les effets ont été excellents.

M. Thierry. — Dans les états infectieux j'ai essayé sans succès des vésicatoires de 20 centimètres de côté, des sétons de 18 centimètres de long, et une vingtaine de cautères placés les uns à côté des autres, tandis que les abcès provoqués fournissaient les meilleurs résultats.

Trois cas de symphyséotomie.

M. Pinard. — Les beaux succès obtenus par le professeur Morisani à la clinique de Naples, les recherches que j'ai faites sur le cadavre en collaboration avec MM. Farabeuf et Varnier, m'ont engagé à pratiquer la symphyséotomie sur la femme vivante, le cas échéant.

L'occasion s'étant offerte, j'ai fait cette opération sur trois femmes atteintes de rétrécissement du bassin. C'est le résumé de ces trois observations que je désire vous communiquer sans commentaires.

1re *observation*. — Femme de 32 ans, secondipare.

Bassin rachitique canaliculé; diamètre promonto-sous-pubien, 9 cent. 7 millim. Lors du premier accouchement, à terme, il y eut présentation de l'épaule et procidence du cordon; l'enfant succomba pendant le travail. M. Ribemont-Dessaignes pratiqua l'embryotomie rachidienne et ne put extraire la tête dernière qu'après une basiotripsie.

Cette femme étant enceinte pour la seconde fois, je provoquai l'accouchement à 8 mois 1/2 à l'aide du ballon de Champetier de Ribes. La dilatation étant complète, et la poche des eaux intacte, je tentai à diverses reprises de ramener la tête au niveau du détroit supérieur par manœuvres externes; l'excès de liquide amniotique fit échouer ces tentatives. Je me décidai alors à pratiquer d'emblée la symphyséotomie et à extraire ensuite le fœtus par la version par manœuvres internes.

Après l'incision de la symphyse, les pubis s'écartèrent spontanément de 1 cent. et je ne jugeai pas à propos d'augmenter cet écartement, laissant au fœtus le soin de s'ouvrir le passage. Je fis l'extraction par les pieds. Le tronc et les membres supérieurs passèrent sans difficultés; la manœuvre de Champetier de Ribes dut être employée pour l'extraction de la tête, extraction qui fut précédée d'un double ressaut.

L'enfant, du poids de 3,350 grammes, mesurant 52 cent., né en état de mort apparente, présentait un enfoncement profond du pariétal postérieur. Il fut ranimé par insufflation, mais succomba le 3e jour, avec les symptômes classiques de l'hémorrhagie méningée.

La plaie pubienne, suturée, réunit par première intention. Une ceinture plâtrée suffit à assurer la coaptation des pubis. Suites de couches normales. L'opérée se lève le 25e jour et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale de la symphyse.

2e *observation.* — Primipare; bassin aplati, promontoire accessible. Entrée à la clinique à terme et en travail. Enfant vivant, présentant le sommet, non engagé; gros œuf.

Rupture artificielle des membranes à 10 heures 1/2 du soir, le 24 février. Dilatation complète à 4 heures 1/2 du matin. La tête ne s'engageant pas à 7 heures 1/2 du matin, M. Lepage, répétiteur de garde, fait sans succès deux applications régulières de forceps au détroit supérieur. A 9 heures 1/2 du matin le 25, je pratiquai la symphyséotomie. Les pubis s'écartent spontanément de 1 cent. Je

fais porter les cuisses dans l'abduction jusqu'à ce que l'écartement soit de 3 cent. 1/2. Extraction très facile par le forceps, en quatre minutes, d'un garçon vivant de 4,630 grammes. Pendant l'engagement et la descente de la tête, l'écartement des pubis a été porté à 6 cent. 5.

Suture. Pansement comme ci-dessus. Suites de couches physiologiques. L'opérée se lève le 35e jour et marche sans douleur. Pas de mobilité anormale. L'enfant se porte très bien.

3e *observation.* — Femme de 30 ans, arrivée au 8e mois 1/2 de sa 4e grossesse.

Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9 cent.

Premier accouchement à terme, artificiel, enfant mort-né (Maternité de Lyon).

Deuxième accouchement provoqué à 8 mois et terminé artificiellement; enfant mort le 3e jour (Maternité de Lyon).

Troisième accouchement, à terme; application de forceps faite par M. Fochier, à la clinique obstétricale de Lyon. Enfant vivant pesant 3,220 grammes. Bipariétal 7 cent. Enfant mort le 15e jour, en nourrice.

Cette fois j'ai provoqué l'accouchement vers 8 mois 1/2 à l'aide du ballon de Champetier de Ribes. M. le professeur Fochier qui avait bien voulu m'assister fit, sans pouvoir engager la tête, deux applications de forceps; j'en fis une troisième, sans plus de succès.

C'est alors que je pratiquai la symphyséotomie. Il y eut un écartement spontané des pubis de 1 cent.; je le fis porter à 4 c. 8 par l'abduction des cuisses et je pus alors extraire à l'aide du forceps un enfant vivant de 2,730 grammes qui, né en état de mort apparente, fut rapidement ranimé et est aujourd'hui en parfait état. Le maximum de l'écartement des pubis pendant l'extraction a été 6 cent. 5.

Sutures et pansement comme ci-dessus.

Suites de couches normales; l'opérée se lève le 29e jour et marche sans douleur. Pas de mobilité anormale des pubis.

Je n'ajouterai qu'un mot. Ceux de mes collègues qui voudront bien venir demain matin à la clinique Baudelocque, pourront examiner ces trois opérées et se rendre compte par eux-mêmes des résultats de la symphyséotomie.

Pathogénie de l'éclampsie.

M. Herrgott (de Nancy). — Les causes de l'éclampsie avaient été rangées par Depaul sous quatre chefs : a) *congestion cérébrale*, b) *névrose*, c) *lésion rénale*, d) *altération du sang*. Les trois premiers doivent être abandonnés. Reste la dernière cause. Mais cette altération du sang, quelle est-elle ?

M. Delore (de Lyon) avait été frappé par les nombreux caractères semblant devoir rapprocher les maladies bactériennes et l'éclampsie, et il lut une note dans ce sens au Congrès de Blois.

Doléris, déjà, avait fait la recherche des microbes; il avait cru les trouver et les avait décrits. Plus tard, avec Butte, il revint sur ses précédentes conclusions et, laissant de côté l'élément microbien, incrimina les substances toxiques qu'on trouve dans le sang.

Chambrelent, dans des expériences récentes, insiste sur la toxicité du sérum du sang.

Blanc, en 1889, découvrit à son tour un microbe dont l'action pathogène lui sembla évidente.

J'ai résolu de faire des recherches analogues sur 14 éclamptiques venues dans mon service; 7 seulement purent servir aux expériences.

Dans les 7 cas, l'ensemencement avec du sang est devenu stérile. De même l'ensemencement avec des parties de placenta, de rate, de foie, de reins est resté négatif.

L'ensemencement avec les urines, dans 5 cas, ne donna rien; mais, deux fois, les ensemencements furent positifs et, dans ces deux cas, nous trouvâmes un seul élément microbien qui se présenta sous diverses formes, mais presque toujours un bâtonnet trapu, ressemblant à un biscuit, quelquefois plus allongé et susceptible de s'incurver, ressemblant assez, en définitive, au micro-organisme décrit par Blanc.

Je ne trouvai pas, à côté, de spores libres.

Je fis des inoculations à des lapins et à des lapines pleines.

Les lapines moururent sans présenter de symptômes éclamptiformes bien nets et on put, avec les lapines mortes, faire de nouvelles cultures et retrouver le micro-organisme décrit plus haut.

Les lapins furent moins atteints : deux ne moururent pas. On put retrouver dans les organes des lapins morts, le microbe pathogène.

Si j'ajoute à ces résultats expérimentaux d'autres faits tels que ceux de Scarlini, produisant des convulsions chez des chiens avec de l'urine éclamptique ; de Fabre, trouvant dans les infarctus blancs des placentas d'éclamptiques des micrococci, je me crois en droit d'inférer que l'éclampsie est une maladie produite par un microbe spécial.

Est-ce le micro-organisme qui est la cause directe de la maladie, ou bien est-ce la toxine qu'il sécrète ? En me basant sur ce qu'on observe avec le microbe de Roux et Yersin, je serais assez disposé à considérer que l'éclampsie est l'intoxication du système nerveux par les produits de sécrétion du micro-organisme pathogène.

M. Chambrelent. — Il y aurait intérêt à savoir si M. Herrgott, avant de faire ses recherches sur le sang éclamptique, avait commencé par traiter ses malades et par leur donner en particulier du chloral.

M. Blanc me disait récemment que l'administration du chloral avait pour effet de faire disparaître les éléments micro-organiques du sang.

M. Herrgott. — Je ne saurais rien affirmer. Quand une éclamptique m'arrive, je vais au plus pressé, c'est-à-dire que je mets la malade au traitement classique qui comprend l'administration du chloral.

Plus tard, je m'occupe des expériences, en sorte que je ne saurais répondre d'une manière précise.

M. Guillemet. — L'éclampsie n'est pourtant pas contagieuse, tout en étant maladie microbienne.

M. Herrgott. — Il est difficile de se prononcer à cet égard. On voit souvent les éclamptiques affluer dans un service coup sur coup et l'on se contente d'invoquer la loi des séries. Je n'ai pas pu ne pas remarquer qu'il m'en était venu cette année quatre à peu près en même temps provenant toutes quatre du même quartier, je pourrais dire de la même rue de la ville ; j'ai vu de plus à l'hôpital, je ne dis pas un cas de contagion, mais une malade toute voisine d'une éclamptique être prise de convulsions éclamptiques.

M. Gaulard. — Ces bourrasques d'éclampsies qui font parler d'épidémies étaient connues déjà par Mme Lachapelle. Rien ne me semble cependant établir la réalité de la contagion de l'éclampsie.

J'ai, par contre, cru trouver un certain rapport entre les éclampsies des femmes enceintes et le tétanos des blessés. Enfin,

M. Gley a communiqué dernièrement à la Société de biologie un travail venant de la Faculté de Lille, où était notée, entre autres choses, l'influence microbicide du chloral sur le sang éclamptique.

M. Doléris. — C'est une erreur, à mon sens, d'aller chercher, quand il s'agit d'une maladie générale, le microbe pathogène de la maladie dans un réservoir urinaire.

Dans ces maladies, tous les déchets de l'organisme provenant de l'usure incomplète des éléments cellulaires aboutissent aux reins, où peuvent par surcroît se développer des éléments microbiens divers, qu'on serait mal fondé à regarder comme caractéristiques. C'est ailleurs qu'il faut porter les recherches.

Or, j'ai cru trouver des microbes, et j'ai longtemps multiplié mes efforts pour déceler leur action.

J'avoue que j'ai fait fausse route et que je n'ai pu aboutir dans cette voie.

Cependant, il ressort de mes études un fait que je regarde et qui est regardé comme vrai, c'est que dans l'éclampsie, il y a dans l'organisme une substance toxique bien définie que j'ai pu isoler, qui est capable de reproduire les accidents convulsifs et de tuer, et qui est la cause immédiate des accidents. Cette toxine provient assurément de quelque part; elle est élaborée dans quelque atelier que je n'ai pu découvrir. Et j'en reste sur ce point aux hypothèses : ou bien cette substance est le déchet des cellules organiques malades, ou bien elle est le produit créé par des micro-organismes éphémères, dont on ne retrouve pas trace, ou cachés en des organes que nous n'avons pas explorés.

Il ne s'ensuit pas, de ce que la maladie est une toxémie, qu'on doive la regarder comme contagieuse.

Le seigle ergoté et les accoucheurs.

M. Queirel (de Marseille). — La question de la dépopulation de la France, question vitale, à été longtemps à l'ordre du jour de l'Académie de médecine et n'est point déplacée dans notre Société.

J'estime que c'est ne pas s'en éloigner qu'aborder la question connexe des méfaits du seigle ergoté, attendu que si l'on pouvait préserver les vies humaines compromises par ce médicament, ce serait autant de sauvé : il n'y a pas de petites économies.

Tous les accoucheurs sont d'accord : le seigle ergoté est d'un emploi dangereux. Il est d'habitude déplorablement prescrit et

manié par les sages-femmes qui l'emploient sans mesure en toutes circonstances.

Aussi, je pense qu'il serait de notre rôle de prendre l'initiative d'une mesure qui aboutirait à faire retirer aux sages-femmes la faculté de se faire délivrer le seigle ergoté dans les pharmacies.

M. GAULARD. — Quant au fond, nous sommes d'accord. On mésuse généralement du seigle ergoté. Mais à la campagne, dans quelques cas, les sages-femmes privées de toute aide peuvent avoir besoin quelquefois d'y recourir. Il faut donc ne pas leur retirer le droit de prescrire le médicament, mais leur apprendre par tous nos efforts à s'en mieux servir.

M. PINARD. — Je suis en accord parfait avec M. Queirel sur les méfaits du seigle ergoté et j'estime que les avantages en sont très discutables. J'ai banni l'ergot de ma clinique depuis 7 ou 8 ans et je n'ai pas eu un seul cas de mort par hémorrhagie, ce qui prouve que l'on peut se passer de ce médicament. Nous avons pour le remplacer un remède souverain, l'eau chaude. J'ai deux ennemis que je combats à outrance: le seigle ergoté et le tampon. Vis-à-vis de celui-ci tout le monde ne partage pas mon sentiment. Je suis fermement convaincu que le tampon a plus d'inconvénients que d'avantages, comme l'ergot. Cependant je ne voudrais pas enlever aux sages-femmes le droit qu'elles ont de prescrire l'ergot. Nous devons plutôt prêcher d'exemple et apprendre aux sages-femmes à se passer du seigle ergoté.

M. TARNIER. — Rapporteur à l'Académie quand il s'est agi de savoir si l'on maintiendrait aux sages-femmes le droit de prescrire le seigle ergoté, je n'ai pas voulu m'opposer à ce maintien. Sans doute, il y a beaucoup de moyens qui permettent de se passer du seigle, mais les sages-femmes, lentes à apprendre les nouveautés, ne connaissent guère et appliquent mal ces moyens. Il ne faut pas les priver de tout secours, tout en laissant se propager les procédés d'hémostase meilleurs. M. Pinard est très catégorique, il ne veut ni du seigle, ni du tampon. Il est trop absolu. Si l'on ne veut plus qu'on emploie le tampon, nombre de femmes sont exposées à mourir, qu'on eût peut-être sauvées en les tamponnant. Supposez un médecin ou une sage-femme se trouvant devant une hémorrhagie formidable, comme on en voit parfois — il faudra alors qu'ils regardent couler le sang en se croisant les bras, sans essayer de faire un tamponnement parce que M. Pinard l'a

défendu ! A la clinique d'accouchements, pas plus qu'à la clinique Baudelocque, on n'est partisan du seigle. Mais les conditions où nous opérons sont spéciales et ne peuvent être comparées à la pratique privée d'une sage-femme. Cependant je ne bannis pas absolument l'ergot. Il m'arrive, une ou deux fois l'an, d'injecter de l'ergotinine sous la peau, pour tarir une hémorrhagie qui résiste aux injections chaudes, à l'évacuation et à la stimulation de la cavité utérine, etc. J'ai dû y recourir, il y a à peine trois semaines, et me suis bien trouvé de n'avoir pas un si grand exclusivisme. Pourquoi alors priver les sages-femmes d'un moyen dont il m'arrive de me servir? Cette question du seigle ergoté est grosse de conséquences. Je ne crois pas pour ma part, sans méconnaître les méfaits du médicament, que le moment soit venu d'en proposer la suppression. Mieux vaut perfectionner l'éducation des sages-femmes.

M. Pinard. — Je ne défends rien, je n'interdis rien, ni seigle, ni tampon. Je ne procède que par exemples en essayant de faire entrer la conviction dans les esprits. Mais s'il fallait supprimer quelque chose, ce serait, à mon avis, le tamponnement, toujours mal fait, le plus souvent inefficace, source fréquente d'infection et l'on sauverait ainsi bien des femmes.

M. Salmon (de Chartres). — Pourquoi parler de ce qui se passe dans les cliniques et les Maternités? Il semble que vous ignoriez comment procèdent les malheureuses sages-femmes, seules, incapables de se faire, je ne dis pas aider, mais comprendre par l'entourage. Et je voudrais y voir M. Pinard. — On est bien heureux, dans ces cas, d'avoir à côté de soi un tampon à placer avant l'accouchement, et du seigle pour donner après la délivrance.

M. Gaulard. — J'ai longtemps exercé en province, à la campagne, c'est pourquoi je suis loin d'être aussi radical que M. Pinard. Il est possible que les femmes soient souvent mal tamponnées; mais ce mauvais tampon a souvent arrêté un peu ou diminué l'hémorrhagie. M. Pinard n'a vu arriver à sa clinique que des femmes mal tamponnées. Mais si elles ne l'avaient pas été du tout, peut-être n'aurait-on pu les amener à la clinique Baudelocque, qui n'est pas faite pour recevoir les mortes. Il faut apprendre à bien faire le tampon, voilà tout. Il y a bien, pour le remplacer, des manœuvres excellentes, mais très difficiles, qui demandent du savoir, de la détermination. Demanderez-vous à une sage-femme

de faire la version bipolaire, manœuvre excellente? Ces manœuvres ne sont pas à sa portée. Au contraire, le tamponnement est une opération relativement facile.

M. Lefour. — Je ne partage pas l'avis de M. Pinard. J'ai toujours eu beaucoup à me louer du tampon. Bien fait, et on arrive à le bien faire, antiseptiquement fait, il m'a permis de ne jamais perdre une femme d'hémorrhagie pendant la grossesse.

M. Pinard. — Je persiste à soutenir que le tampon tel qu'il est appliqué dans le plus grand nombre des cas à la ville ou à la campagne, par les praticiens ou les sages-femmes, a plus d'inconvénients que d'avantages, et qu'il y a mieux à enseigner aujourd'hui quant au traitement du placenta prævia, même en province et à la campagne. Les manœuvres que comporte ce traitement sont beaucoup moins difficiles et beaucoup plus à la portée des sages-femmes que ne semble le croire M. Gaulard qui en est encore à la version bipolaire. J'ai montré comment la rupture prématurée et la large déchirure des membranes, manœuvre où, nous le savons tous, les sages-femmes n'excellent que trop, assure, mieux que le tampon, la cessation de l'hémorrhagie. Mais je ne veux pas insister aujourd'hui sur ce point accessoire dans la discussion présente. J'apporterai l'an prochain ma statistique et j'invite les partisans du tampon à faire de même. Nous pourrons alors discuter faits en mains.

M. Queirel. — Puisque tous, nous trouvons que le seigle ergoté est dangereux et cause de grands méfaits dans la pratique obstétricale, je voudrais que cette opinion fût exprimée par la Société d'une manière qui frappe et qui indique que nous voudrions voir, dans une large mesure, restreindre l'emploi de ce médicament.

M. Tarnier. — C'est, en effet, conforme au sentiment exprimé par l'unanimité des membres de la Société.

M. Queirel. — Voici la proposition que je soumets au vote de la Société : La Société obstétricale de France, considérant les dangers que le seigle ergoté peut faire courir à la mère et à l'enfant, rappelle que ce médicament ne doit être administré qu'après la délivrance et lorsque l'utérus est complètement évacué.

Cette proposition est votée à l'unanimité.

Pneumonie et grossesse.

M. Gaulard (de Lille). — Grisolle, Bourgeois, Chatelain, Ricau, Güsserow, Wernich, Fasbender, etc., sont d'accord pour admettre

que l'état de grossesse aggrave la pneumonie. Les femmes grosses, atteintes de pneumonie, sont exposées à une dyspnée véritablement suffocante du fait de la diminution de profondeur du thorax où par l'insuffisance d'action du cœur.

Tout le monde est également d'accord pour reconnaître que la pneumonie entraîne fréquemment l'interruption de la grossesse et la mort du fœtus. Mais il y a divergence quant à l'influence exercée par l'accouchement sur la marche de la maladie, favorable ou nuisible.

Cette dernière opinion est celle de Chatelain, Ricau, Fasbender. L'autre est adoptée par Güsserow, Wernich et Flatté.

Ceux-ci accusent les contractions du travail de déterminer des troubles respiratoires et de surmener le cœur.

J'ai recueilli dans mon service trois faits qui ne me permettent pas de partager leur sentiment. J'estime au contraire que l'accouchement exerce sur la pneumonie une influence heureuse.

Au point de vue de la pratique, il y aurait grand avantage à ce qu'on fût pourtant fixé. En effet, si l'interruption de la grossesse agit favorablement sur la marche de la pneumonie, il ne faudrait pas hésiter à la provoquer.

Je ne voudrais pas, dans une question de ce genre, tirer de quelques observations des conclusions immuables, mais je crois qu'on peut sans danger tenter la provocation de l'accouchement prématuré, voire de l'avortement, chez les femmes pneumoniques.

On fait disparaître ainsi les modifications profondes imprimées par la grossesse aux appareils respiratoire et circulatoire. L'évacuation de l'utérus donne plus de profondeur aux poumons.

Le résultat ne sera pas toujours heureux. Il y a des pneumonies particulièrement graves, les pneumonies infectieuses que l'accouchement provoqué ne rendra certes pas bénignes.

L'âge de la pneumonie au moment de l'expulsion doit avoir une certaine influence sur le résultat final, de même que l'étendue de la lésion pulmonaire, la durée du travail spontané ou provoqué. Au dernier point de vue, il faudra recourir aux méthodes rapides. Le ballon de Champetier trouvera ici son emploi. Dès que le col sera suffisamment ouvert, il faudra terminer l'accouchement.

M. Pinard. — Sans désavouer M. Flatté, je dois dire que je n'accepte pas toutes les conclusions contenues dans sa thèse. Néanmoins, deux faits qui se sont mal terminés m'influencent et

je n'interviendrais pas volontiers pour hâter l'accouchement chez des pneumoniques.

Un autre point important de la question est celui de la survie des enfants nés de femmes pneumoniques et l'infection possible de ces enfants soit *in utero* par le passage des pneumocoques à travers le placenta, soit plutôt pendant que les enfants tettent leur mère et puisent le pneumocoque avec le lait.

M. Gaulard. — L'un des deux enfants dont je me souviens est resté un très bel enfant qui a survécu, mais j'avais beaucoup insisté pour que sa mère ne le nourrît pas. J'appréhende, en effet, le passage des pneumocoques dans la mamelle et dans le lait des pneumoniques.

M. Loviot (de Paris). — Pour expliquer la rémission qui suit l'accouchement, M. Gaulard a-t-il tenu compte de la saignée physiologique qui se produit pendant la délivrance? Si oui, ne pense-t-il pas qu'on pourrait obtenir un effet suffisant chez une femme enceinte et pneumonique par une simple saignée? J'ai lu dans une thèse de Montpellier, de Barthélemy, je crois, qu'une femme dans ces conditions par qui la proposition d'accouchement provoqué avait été refusée, se trouva promptement améliorée dès qu'on eut pratiqué l'ouverture de la veine.

M. Gaulard. — La saignée peut jouer son rôle ; mais, comme je crois meilleur de vider l'utérus et qu'au moment de l'accouchement d'ailleurs, nous aurons par surcroît la saignée, je ne pense pas qu'il soit utile de faire d'abord une saignée du bras.

M. Guillemet (de Nantes). — J'ai noté chez une pneumonique enceinte de six mois, avec prolapsus utérin énorme (presque tout l'utérus se trouvant entre les cuisses), une amélioration presque immédiate à la suite d'un accouchement provoqué artificiellement.

M. Tarnier. — Il y a deux conditions différentes à séparer.

A la fin de la grossesse, l'enfant est viable ; on peut sans grand dommage avancer le terme en provoquant l'accouchement. On détermine en même temps avec une saignée, une notable déplétion du ventre. Mais dans les débuts, que peut-on obtenir? Ce n'est pas parce que l'utérus aura été vidé que les poumons auront plus de place pour se dilater ; si, dans ce cas, c'est la saignée qu'on cherche, autant ouvrir la veine du bras.

M. Gaulard. — Il va de soi que j'y regarderais à deux fois avant de pratiquer l'avortement. Cependant, je me rappelle que la

pneumonie est assez souvent une cause d'avortement et qu'assez souvent aussi, sans causer l'avortement, elle fait mourir l'enfant *in utero*.

D'ailleurs, c'est moins par la diminution du volume absolu du ventre que l'accouchement est avantageux que par la suppression des modifications réflexes, circulatoires et respiratoires gravidiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 *avril* 1892.

Extirpation d'un utérus et d'une trompe herniés chez un homme.

M. J. Bœckel (de Strasbourg). — Un jeune homme de 20 ans vint me consulter pour une hernie congénitale, le faisant beaucoup souffrir malgré un bandage. Au cours de l'opération de la cure radicale, je trouve le sac herniaire vide, la paroi postérieure renferme un corps triangulaire recouvert par le péritoine qu'on prend tout d'abord pour un diverticule intestinal. Mais le canal inguinal est vide : l'organe en question n'a aucun rapport avec le tube digestif. En comprimant l'abdomen au-dessous de l'anneau, on fait saillir à travers l'orifice inguinal externe un corps ovoïde, blanc nacré, rappelant le testicule; parallèlement et au-dessus de lui se trouve annexé un corps frangé, kystique, qui ne peut être autre chose qu'une trompe.

Je dissèque et isole tous ces organes et, après avoir formé un pédicule, les extirpe d'une seule pièce. Puis, ligature du sac herniaire au-dessus de l'anneau et réunion de la peau par des sutures. Guérison au bout d'une dizaine de jours.

A l'examen anatomique de la pièce, la portion réséquée se compose de trois parties : 1° un utérus bicorne, avec cavité tapissée d'une muqueuse recouverte de cils vibratiles ; 2° une trompe et un testicule avec un épididyme et un canal déférent ; 3° un ligament large reliant et renfermant ces deux organes.

Il n'y a pas d'autre exemple d'organes génitaux femelles inclus dans les bourses d'un homme, d'ailleurs bien conformé, ayant toutes les attributions de son sexe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances d'avril 1892.

Grossesse extra-utérine

M. Marchand rapporte une observation de *grossesse extra-utérine traitée par la laparotomie* en juin 1891. Il s'agit d'une femme de 30 ans qui, 8 ans auparavant, avait eu un enfant vivant ; à un moment donné, ses règles, jusque-là régulières, se supprimèrent ; six semaines environ après cet arrêt, elle fut prise d'accidents caractérisés par une sensation syncopale et des phénomènes de péritonite localisée. Cet état dura quelque temps, puis tout se calma. Nouvelle poussée qui nécessita l'admission de la malade à la Maison de santé où l'on fit le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine ou de grossesse extra-utérine. La malade présenta, à partir de ce moment, des phases successives de santé normale et d'accidents péritonitiques. Quand M. Marchand vit cette femme, elle était à son cinquième accès : il y avait de la fièvre ; le ventre était très régulièrement tuméfié dans la région sous-ombilicale qui faisait une notable saillie. Il n'y avait pas de rétention d'urine. Dans le cul-de-sac de Douglas existait une tumeur qui le remplissait complètement ; le col de l'utérus difficilement accessible était fixé au-dessus de la symphyse, il y avait des douleurs vives. M. Marchand fit le diagnostic d'hématocèle suppurée. La laparotomie fut pratiquée le 11 juin 1891 ; immédiatement en arrière de la paroi abdominale, M. Marchand tomba sur une cavité anté-utérine qu'il nettoya complètement. L'utérus avait le volume d'un utérus de femme grosse de 3 mois 1/2, ce qui fit songer de suite à une grossesse extra-utérine ; après avoir décollé cet organe, M. Marchand tomba dans un kyste fœtal, put en extraire tous les caillots, mais ne trouva tout d'abord aucun fœtus ; mais, après avoir décollé un placenta membraneux, arrêté l'hémorrhagie qui se produisit alors, il vit poindre deux petits pieds à la partie supérieure du kyste ; il fit à ce moment une véritable extraction obstétricale par les pieds d'un fœtus vivant, âgé de 5 mois, qui a vécu une heure et demie ; il s'agissait donc, dans ce cas, d'une grossesse tubaire rompue et dont l'œuf avait passé dans la grande cavité abdominale. M. Marchand sutura une partie de la plaie abdominale et tamponna la cavité avec de la gaze iodoformée. Les urines furent normales pen-

dant quatre jours; au deuxième pansement les urines devinrent moitié moins abondantes que les jours précédents et on constata que l'ouate et les tampons de gaze étaient imprégnés d'urine: il s'était donc formé une fistule vésico-abdominale. M. Marchand ne pense pas que, dans le cas particulier, on ait eu affaire à une déchirure opératoire de la vessie, puisque la fistule ne se produisit qu'au quatrième jour. Il plaça une sonde à demeure et, deux mois après, la fistule était fermée. Quand il enleva pour la première fois cette sonde, la malade eut un frisson intense et de grandes douleurs dans le ventre; il la fit sonder trois fois par jour et tout cela disparut. L'opérée, qui peu de temps après sa guérison avait encore des mictions très fréquentes, urine normalement aujourd'hui. Actuellement elle est complètement guérie.

Péritonite tuberculeuse.

M. Richelot communique un cas de *péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie dans lequel, au cours d'une seconde opération, il a pu vérifier la réalité de la guérison.* Dans ce fait toute la surface péritonéale était envahie lors de la première intervention par de nombreuses granulations et l'abdomen était rempli de liquide puriforme. Il se produisit ultérieurement chez cette malade, qui n'avait que 22 ans, une éventration assez considérable que M. Richelot dut traiter par la cure radicale. Au cours de cette seconde laparotomie, il constata qu'il n'existait pas la moindre trace de granulations inflammatoires: la péritonite tuberculeuse était parfaitement guérie sans qu'on puisse trop savoir par quel mécanisme. M. Richelot a cité ce fait parce qu'il n'avait pas connaissance d'observation analogue.

M. Routier, qui a eu l'occasion de faire une revue sur la péritonite tuberculeuse, a relevé un cas analogue à celui que vient de citer M. Richelot, et qui est dû à un chirurgien étranger. Il s'agissait d'un enfant atteint d'une péritonite tuberculeuse; dans le liquide contenu dans l'abdomen on avait trouvé des bacilles tuberculeux. Un an après cet enfant présenta de l'ascite; on refit la laparotomie et on ne trouva qu'un liquide sans bacille; cet enfant est resté guéri. M. Routier cite en outre le cas d'une jeune fille à laquelle il fit une laparotomie pour péritonite tuberculeuse. Le ventre ouvert, la séreuse lui parut couverte dans toute son étendue de granulations comme un ulcère mal soigné. Cette personne

guérit et gagna 25 livres en poids dans l'espace de quelques semaines. Elle a été revue il y a quelque temps : elle va très bien ; son ventre est très souple et certainement ce n'est pas par la formation d'adhérences que la guérison s'est produite.

Bec-de-lièvre.

M. Monod lit un travail de M. Phocas *sur la position de Rose dans l'opération du bec-de-lièvre complexe.* Quand on opère le bec-de-lièvre par le procédé classique, c'est-à-dire l'enfant étant assis sur les genoux de sa mère, on ne peut pas endormir le petit malade. M. Phocas, dans un cas assez complexe, a opéré l'enfant couché et la tête renversée ; de cette façon, il a pu faire de larges débridements au bistouri, exercer facilement et avec force une compression sur les parties saignantes. Le sang tombe dans le pharynx et non dans la trachée, la bouche est plus facile à ouvrir, la suture plus commodément faite et les aides moins gênants.

M. Pozzi communique le *relevé statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Lourcine-Pascal pendant les deux années de* 1890-1891, l'année commençant 1er février.

M. Michaux présente 2 blessés atteints de *fracture sans plaie de l'olécrâne chez lesquels il a fait la suture osseuse.* Ces malades, opérés depuis peu de temps, sont parfaitement guéris ; les fonctions de l'articulation du coude sont aujourd'hui normales.

Hystérectomie pour suppuration pelvienne.

M. Quénu présente l'utérus d'une femme qu'il a opérée pour suppuration pelvienne dans un état général tel que personne n'eût osé lui faire la laparotomie. L'opération a été faite par section médiane de l'utérus, ce qui est dans ces cas le procédé de choix. De la sorte, en effet, l'utérus s'abaisse très facilement, l'opération se fait en dix minutes et sans perte de sang, on a sous les yeux des ligaments larges, qu'on peut lier à la soie.

M. Segond. — Il y a à cet égard trois catégories d'utérus :

1° Ceux qui sont aisément abaissables : leur ablation est très facile par tous les moyens ;

2° Ceux qui ont l'air enclavés et qui cependant descendent : ici la section médiane fait merveille, mais, par habitude sans doute, je préfère l'évidement central ;

3° Ceux qui ne descendent pas du tout ; ceux-là sont d'ailleurs très rares ; ce sont les gros utérus à corps renflé, situés au fond du vagin des femmes grasses. Pour ceux-là, j'affirme que le seul moyen de les avoir consiste à les évider au centre et à les faire descendre peu à peu en les morcelant au fur et à mesure.

D'ailleurs, quel que soit le procédé, cela saigne très peu, sauf l'incision vaginale, ce dont on ne doit pas s'occuper.

M. Routier rappelle sa communication au *Congrès de chirurgie* (voy. plus haut, p. 325). Il préfère les pinces à demeure sur les ligaments larges parce que dans le foyer septique les ligatures sont forcément éliminées.

M. Quénu admet que l'on doit morceler les utérus volumineux, mais en restant sur la ligne médiane, car c'est la zone non saignante.

REVUE ANALYTIQUE

PATHOLOGIE DE LA TROMPE ET HÉMATOCÈLE.

Contribution à l'étude de l'anatomie normale et pathologique de la trompe. (Beitrage zu der normalen und pathologischen Anatomie der Tuben), W. Williams. *Am. Journ. f. the med. sc.*, octobre 1891, p. 377, et *Cent. f. gyn.*, n° 14, p. 272.

L'auteur, à l'exemple d'Henle, divise la trompe en trois parties : a) l'isthme, b) l'ampoule, c) l'infundibulum, et donne comme diamètre du canal tubaire au niveau de l'isthme 2-3 millim., au niveau de l'ampoule 6-10. Dans toutes les portions de l'oviducte, c'est la couche musculaire qui est la plus épaisse. Elle comprend presque toujours deux couches nettement séparées l'une de l'autre, couche à fibres longitudinales, couche à fibres circulaires, celle-ci en dedans de celle-là. Au niveau seulement de l'infundibulum les deux couches fusionnent, en quelques cas, la fusion se fait sur toute l'étendue de l'organe. Indépendamment de ces deux couches, existent entre la circulaire et la muqueuse une 3e couche de fibres longitudinales, dont la plus grande épaisseur correspond au voisinage immédiat de la corne utérine, et qui de là va en s'amincissant de plus en plus et finit par disparaître.

La muqueuse est la partie essentielle de la trompe. Il n'est possible de la bien étudier que sur des coupes en séries. Les coupes pratiquées dans la région de la corne utérine, mettent en évidence une lumière étoilée, constituée par quelques replis de la muqueuse, la plupart du temps 4. Dans les premiers temps de la vie fœtale, toute la trompe présente cette disposition anatomique. Plus tard, à une certaine distance de l'utérus, se forment des replis secondaires, et peu à peu au niveau de l'ampoule, ces replis se ramifient, jusqu'à ce que la lumière de l'oviducte soit remplie de plis, offrant à la coupe un aspect arborescent. Cette ramification est le plus prononcée au niveau de la portion la plus épaisse de l'ampoule; de là, elle va en diminuant pour se réduire, avec l'extrémité des franges, aux replis primitifs. Sur une coupe transversale, la muqueuse paraît être pourvue de plis et de glandes intermédiaires, analogues aux follicules clos de Lieberkühn. Ces plis se composent de tissu connectif semés de quelques fibres musculaires; les plus volumineux renferment des vaisseaux lymphatiques de dimensions notables et souvent de larges espaces lymphatiques. L'épithélium est cylindrique, à une seule couche, à cils vibratiles, et repose sur une membrane propre incomplètement développée. Les cils sont aussi longs ou plus longs que les cellules elles-mêmes et se meuvent encore plusieurs heures après la mort.

Chez les multipares, jamais chez les nullipares, l'auteur a souvent vu des artères de l'oviducte atteintes d'endartérite, processus analogue à celui que l'on trouve sur les vaisseaux de l'utérus consécutivement à la prolifération conjonctive connexe du développement vasculaire énorme durant la grossesse. Parmi les déformations pathologiques de la trompe, l'auteur signale des diverticules qui s'enfoncent dans la paroi, jusqu'au revêtement séreux. Ce sont des déformations bien disposées pour retenir l'œuf et favoriser la production de grossesses extra-utérines (1). Il ne faut pas les confondre avec les orifices tubaires accessoires dont ils se distinguent par l'absence d'orifice extérieur. D'autre part, s'ils facilitent la grossesse extra-utérine, on conçoit qu'ils favorisent également

(1) L. LANDAU a également signalé la présence dans un cas observé par lui d'un de ces diverticules tubaires, et mis en relief la condition favorable ainsi créée à la production d'une grossesse extra-utérine. *Arch. f. gyn.*, Bd XXXIX, Hft 2.

la rupture de l'oviducte par son amincissement extrême à leur niveau. L'auteur a également observé la disposition en tire-bouchon de la trompe, constatée par Freund chez le fœtus de 5-8 mois, disposition qui commence au niveau de l'extrémité utérine, se poursuit en donnant lieu à 6-7 tours 1/2. Ce n'est qu'à la puberté que cette disposition anatomique s'efface. Lorsqu'elle persiste, elle crée une condition pathologique et peut être l'origine de divers états morbides, oblitération, hydrosalpinx, etc., etc. R. L.

Des kystes tubaires, étude clinique. (Ueber Tubensäcke, eine klinische Studie), L. LANDAU. *Arch. f. Gyn.*, Bd XL, Hft 1, p. 1, et *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 1, p. 11.

1) Il est impossible de déduire de la considération de la nature du contenu tubaire, la condition étiologique primitive de la collection. Elle peut être l'effet de causes extrêmement diverses.

2) L'appréciation de la nature du contenu est elle-même sujette à maintes causes d'erreur. Ainsi, un contenu riche en cellules du pus peut paraître séreux, et, en réalité, il est difficile d'établir une ligne de démarcation nette entre les collections séreuses, sanguines et purulentes.

3) La dénomination spéciale d'après l'aspect du contenu semble impliquer qu'il a toujours une étiologie différente.

4) Il est des sacs tubaires qui paraissent grumeleux, caséeux, pourvus de concrétions calcaires. Or, si l'on veut avoir des idées nettes sur ses états macroscopiques divers, il ne faut pas se borner à étudier le contenu tubaire. Il faut rechercher les facteurs étiologiques qui président à la production de ces collections de nature variée, le mécanisme de l'enkystement, les altérations des parois tubaires ainsi que les conséquences anatomo-pathologiques qui en dérivent.

a) *Pathogénie, étiologie, anatomie pathologique.* — Landau considère les *kystes par rétention* comme les plus fréquents, et, il estime que la grossesse tubaire est la cause la plus importante des hydro et pyosalpinx. Il s'occupe ensuite des causes de l'altération des parois tubaires, catarrhe et phlegmasie de la trompe. Il étudie ensuite de très près les sources et les voies de l'infection et affirme, avec raison, que ces infections ont souvent leur point de départ dans les interventions utérines et intra-utérines, cautérisation, curettage, scarifications, amputation du col...

La formation du sac tubaire n'exige pas toujours l'existence d'une oblitération anatomique de l'oviducte; il suffit en certains cas d'une oblitération purement mécanique. On observe fréquemment des collections tubaires intermittentes, mais une hydrosalpingite intermittente peut devenir permanente, et quand il y a oblitération anatomique de la trompe, cette condition peut être soit congénitale, soit acquise. Dans ce cas, il s'agit plus fréquemment de sacs tubaires petits et multiloculaires que de pyo et hydrosalpinx. Le contenu tubaire reste rarement identique à lui-même sous le double point de vue de la qualité et de la quantité.

b) *Symptômes et marche.* — Les symptômes et la marche présentent des différences considérables. L'hydrosalpingite, non compliquée, est une affection légère, susceptible de guérir spontanément. Dans le pyosalpinx aigu surviennent des douleurs : 1) *coliques tubaires* (faibles dans les processus puerpéraux en raison de la grande extensibilité de l'oviducte; 2) *douleurs de pelvipéritonite* associées à un état nauseux; 3) *douleurs semblables à des crampes* siégeant dans l'hypochondre, sans cause anatomique. La pyosalpingite chronique donne lieu à des modalités cliniques multiples qui cependant, suivant Landau, se différencient nettement les unes des autres et sont bien reconnaissables.

c) *Diagnostic.* — Le signe capital, selon Landau, est fourni par le développement et le siège du sac, surtout dans l'hydrosalpinx. Dans ce cas, le sac tubaire est situé en arrière de l'utérus, lequel est élevé et en antéflexion marquée. Cherche-t-on à repousser l'utérus en arrière, on a la sensation comme s'il reposait sur un coussin rempli d'air ou d'eau. Le 2e signe pathognomique est tiré de la possibilité de faire sourdre le contenu tubaire à travers l'utérus.

Le diagnostic du pyosalpinx, indépendamment de la situation de la collection tubaire en arrière et contre l'utérus et de la possibilité en certains de ces cas de percevoir l'origine de la trompe, repose essentiellement sur la considération de la *forme de la tumeur, bilatérale, et si étrangement contournée.*

c) *Diagnostic différentiel.* — A signaler ce point : dans les cas d'une tumeur douteuse, la consistance kystique plaide plus pour une grossesse tubaire, la consistance solide pour un sac tubaire. Comme moyen d'assurer le diagnostic, Landau préconise la ponction exploratrice.

d) *Pronostic.* — Très variable, il est subordonné aux maladies fondamentales, à la nature du contenu, à l'importance des adhérences, etc.

e) *Traitement.* — Landau pense qu'il faut *au minimum* recourir à une opération radicale, parce qu'elle ne donne pas toujours la guérison, que souvent elle est le point de départ de nouvelles souffrances, et qu'en réalité, on réussit souvent par des méthodes conservatrices à guérir les malades. Dans l'hydrosalpinx, la salpingectomie est contre-indiquée. On réussit souvent alors par les moyens orthopédiques (correction d'une déviation utérine, massage associé à l'hydrotérapie et à l'emploi des narcotiques). Au cas d'échec, ponction par le vagin à l'aide d'un long trocart conduit sous le contrôle du doigt.

Dans le cas de pyosalpinx, Landau fait une large incision par le vagin, toujours sous le contrôle du doigt, plus rarement par la paroi abdominale. Enfin, l'auteur ne procède à l'extirpation des trompes que dans les cas de pyosalpinx multiloculaires et dans ceux d'inflammation simultanée des organes voisins avec ou sans participation des ovaires. Quant a ces organes, il ne les enlève que s'ils sont eux-mêmes malades. R. L.

Inflammations et kystes par rétention des trompes de Fallope. (Entzündung und Retentioncysten der Fallopischen Tuben), SLAWJANSKY. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 11, p. 215, et *Vorles. in der Acad. in Petersb. gehalten.*

Les inflammations des trompes sont le plus souvent le résultat de la propagation d'une phlegmasie de l'utérus. Il faut en rechercher les causes dans l'infection (infection puerpérale, interventions intra-utérines), la gonorrhée et plus rarement la tuberculose. Après s'être occupé du diagnostic et du traitement des phlegmasies tubaires, l'auteur passe à l'étude des kystes de la trompe, partie la plus importante de son travail. A son avis, il ne peut se produire d'accumulations considérables de liquide dans les trompes que si la trompe est oblitérée, toutefois, la perméabilité de *l'ostium uterinum* n'est pas incompatible avec ces accumulations abondantes. Ces kystes tubaires appartiennent surtout à la vie génitale de la femme (de 20-40 ans) ; durant cette période, ils constituent une des affections les plus communes. Néanmoins, on les observe encore, plus tôt et plus tard, mais moins fréquemment.

Lorsque, comme il advient très souvent dans les cas de kystes très volumineux, l'orifice utérin est aussi oblitéré, le kyste se rompt au cours de son développement et les conséquences de l'irruption du contenu tubaire dans la cavité abdominale, varient suivant la qualité de ce contenu (hématocèle rétro-utérine, périmétrite latérale, kyste tubo-ovarique, etc.

Le traitement de ces affections tubaires s'est de beaucoup amélioré depuis qu'on fait la salpingectomie. Comme on ne sait jamais si l'oblitération de l'orifice tubaire est de nature organique ou simplement accidentelle, il faut toujours commencer le traitement en s'efforçant de rétablir la perméabilité de cet orifice (redressement de l'utérus, massage de la trompe, hydrastis canadensis; ergot, dilatation de l'utérus (Doléris), etc...); mais quand ce traitement échoue, ou quand, dès le début, une intervention plus radicale s'impose, il faut se décider à l'extirpation chirurgicale de l'oviducte ; parce que la ponction, sauf dans des cas très exceptionnels, est à rejeter. Dans cette intervention, le chirurgien doit se soucier non seulement de libérer les adhérences, mais encore d'éviter soigneusement l'irruption du contenu tubaire dans le ventre. Car, si l'accident n'a pas en général la gravité qu'on lui accorde, il peut en certain cas déterminer une péritonite généralisée, mortelle. En principe, il est préférable, quand on se résout à la laparotomie, de faire une grande incision abdominale, et de ne pas toucher aux ovaires, au cas même où l'on enlève les deux trompes. Lorsqu'il est impossible de faire l'extirpation totale de la tumeur tubaire, mieux vaut l'évacuer et mettre un drain, que faire l'extirpation partielle. Slawjansky déconseille le procédé en deux temps d'Hégar et Kaltenbach ainsi que l'évacuation de la trompe par le vagin, et il n'accorde aucun crédit au genre d'intervention suggérée par Schröder et qui consistait à tenter de restaurer la perméabilité de l'oviducte. R. L.

Recherches expérimentales sur la formation des hydro et pyosalpinx. (Experimentelle Untersuchungen über die Pyo und Hydrosalpinxbildung bei den Thieren), Woskressensky. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 42, p. 849.

A l'instigation de Slawjansky, l'auteur a institué un certain nombre de recherches expérimentales sur des animaux (lapins, cobayes...) pour tâcher d'élucider la question de la formation des

hydro et pyosalpinx. On sait que Kehrer et Landau, se basant sur des faits cliniques, ont nié l'influence étiologique prépondérante de l'oblitération des orifices tubaires, et que Kehrer a incriminé une « *salpingite exsudative* ».

L'auteur a fait en tout 15 expériences, dont 11 sur des lapins, 2 sur des cobayes, 2 sur des cochons de lait. Les lapins et les cobayes étaient déjà adultes, c'est-à-dire, tous âgés au moins d'un an ; les cochons de lait âgés seulement de 3 semaines. *Technique expérimentale :* Fixation de l'animal sur la table de Czermark ; ouverture de la paroi abdominale avec observation rigoureuse des précautions antiseptiques ; ligature des trompes. Les oviductes furent liés : 1° à leur extrémité utérine ; 2° à leur extrémité abdominale ; 3° simultanément à leurs extrémités utérine et tubaire ; 4° au niveau de leur union avec les cornes utérines. D'autre part, on étudia les effets d'une inflammation provoquée avec le staphylococcus pyogenes citreus et avec de l'huile de croton. Les staphylocoques provenaient d'une culture sur agar-agar, dont on fit une dilution aqueuse pour les besoins de l'expérience. Quant à l'huile de croton, on se servit d'un mélange à 1/3 d'huile et de glycérine. Ces liquides furent injectés à travers une incision pratiquée dans la corne utérine, dans la première portion de l'oviducte. Il y eut en somme deux séries d'expériences : *a*) ligatures des trompes sans avoir au préalable provoqué une inflammation ; *b*) provocation d'une inflammation au moyen de l'huile de croton et des staphylocoques.

Conclusions : 1° Il existe dans la trompe d'un lapin adulte un contenu, qui évidemment est sécrété par la muqueuse de la trompe elle-même, et qui, après double ligature, peut en 4-6 semaines donner lieu à un hydrosalpinx abondant.

2° Dans les cas observés, la sécrétion tubaire paraissait se diriger de préférence vers l'abdomen, et la ligature de la trompe au niveau de son extrémité abdominale, eut pour conséquence la formation d'un hydrosalpinx.

3° Les injections d'huile de croton dans la corne utérine, aussi bien que de dilutions de staphylococcus citreus soit dans la corne utérine, soit dans la trompe, provoquent une inflammation locale sans propagation au péritoine et sans répercussion sur la santé générale.

4° Le nombre limité des expériences implique de grandes réserves dans l'appréciation des résultats obtenus. En général, elles

confirment les opinions de Slawjansky et sont en désaccord avec les recherches de Kehrer et avec les observations de L. Landau.

R. L.

Salpingo-ovarites. (Ovaro-salpingiti), par Decio. *Annali di Ost. e Gynec.*, sept. 1890, p. 527.

Sur 23 femmes observées, 20 avaient eu un ou plusieurs enfants et presque toujours l'accouchement avait été suivi de complications du côté de l'appareil génital. Parmi ces salpingo-ovarites, deux étaient tuberculeuses, et deux d'origine blennorrhagique. Enfin cinq fois l'affection était bilatérale, huit fois à droite, dix fois à gauche. Parmi les observations que Decio rapporte ensuite citons-en une dans laquelle on fit 5 applications de courants électriques ne dépassant pas 100 milliampères; la tumeur se réduisit au volume d'une noix sans que les séances fussent suivies de perte. Chez une autre malade on fit deux applications électriques de 40 milliampères, mais les séances furent suivies de pertes très abondantes qui durent faire cesser ce mode de traitement. Enfin chez une malade on se contenta de détruire les adhérences par des manœuvres abdominales et vaginales combinées.

P. Mauclaire.

Pyosalpingite double ; ablation des deux trompes et des deux ovaires par la laparotomie ; guérison. (Pyosalpingite doppia ; ablazione con la laparotomia delle due trombe cistiche e delle due ovaia ; guarigione), par le Dr Turretta. *Giornale internat. delle sc. med.* Napoli, juin 1890, p. 441.

Observation typique de pyosalpingite double, car la malade perdait par intermittence du pus par le vagin, mais ce qui est rare dans le cas de salpingite, les règles n'avaient jamais été interrompues, ni irrégulières. Pendant l'opération un peu de pus s'écoula dans la cavité péritonéale qui fut lavée avec une solution phéniquée au centième. La guérison fut parfaite. Au point de vue de l'étiologie Turreta ne pense pas comme Terrillon que l'inflammation des trompes succède toujours à une lésion utérine par voie de propagation. Malgré les recherches de Martin, Ortman, Werth, le côté bactériologique des pyosalpingites est peu connu. Dans le cas actuel Turretta n'a pas trouvé de gonocoques si souvent invoqués.

P. Mauclaire.

Contribution au diagnostic de la salpingo-ovarite. (Beitrag zur Diagnose der Salpingo-oophoritis), S. Michnow. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 32, p. 563.

En examinant, à plusieurs reprises, une malade, on constata les particularités suivantes : au premier examen, par exemple, on avait trouvé, à droite, une tumeur dont les caractères faisaient penser à une salpingo-ovarite, tandis qu'à gauche on ne percevait que des adhérences, des brides, des nodosités vagues. Puis, à un nouvel examen, pratiqué à quelque temps du 1er, on ne trouvait plus à droite de tumeur mais des cordons mal accusés, tandis qu'à gauche, on constatait une tumeur, bien dessinée, donnant l'impression d'une salpingo-ovarite. Or, les recherches et les remarques faites dans plusieurs cas, montrèrent que ces changements sont en rapport avec les phénomènes menstruels. Au début de la menstruation, la tumeur salpingo-ovarique augmente de volume, après les règles ses dimensions diminuent et elle peut même disparaître. Souvent, cette augmentation est unilatérale, et il est à remarquer qu'elle se produit tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, ce qui frappe en conséquence, c'est *l'apparition périodique, alternante, de la tumeur*. Ces modifications, ces altérations de formes sont particulièrement appréciables dans les tumeurs de petit volume, toutefois, elles sont également utiles pour le diagnostic des grosses tumeurs.

En certains cas, seul le phénomène en question permit d'établir le diagnostic. Enfin, il permet de conclure à une tumeur unilatérale quand l'examen, réitéré aux périodes menstruelles, montre toujours que l'un des côtés est sain.

R. L.

Traits cliniques du pyo-salpinx. (The clinical features of pyo-salpinx), par M. Waldo. *Am. J. of Obst.*, mars 1890, p. 291.

Dans la moitié, au moins, des autopsies de femmes de tout âge, on trouve une inflammation des trompes.

L'auteur rapporte 2 cas ; l'un est celui d'une fille publique, dont l'état fut amélioré par les douches et des applications d'iode et de glycérine. Malgré une salpingite double, due à une blennorrhagie, elle devint enceinte et se fit avorter.

Le pyo-salpinx peut succéder à une hydropisie ou à un catarrhe de la trompe.

Si les symptômes ne sont pas urgents, Waldo ne fait pas la laparotomie.

Parfois, on peut faire sortir le pus dans l'utérus en pressant sur la trompe malade, qu'on sent sous la forme d'une tumeur fusiforme. A. C.

Hydro-salpingite double, par FAIDHERBE. *Journ. des Sc. méd.*, Lille, mai 1890, p. 438.

Elle était due à l'oblitération des deux extrémités des trompes par la métrite et la périmétrite dont les traces étaient manifestes et dont les symptômes étaient survenus après l'unique accouchement de la malade. La dissection dans le cas d'ntervention eût été très laborieuse, à cause des adhérences. La tumeur gauche était formée de deux parties, l'une inférieure formée par la trompe elle-même, et l'autre supérieure, provenant d'une formation kystique de l'ovaire de ce côté. P. MAUCLAIRE.

La salpingo-oophorectomie et ses résultats. (Salpingo-oophorectomie and its results), par H.-J. BOLDT. *Med. Rec.*, N.-Y., 17 mai 1890, t. I, p. 545.

Tout en admettant que le plus grand nombre des salpingites catarrhales, que les formes ordinaires de l'ovarite, que certaines salpingites, suppurées ou non, mais se vidant par l'utérus, peuvent guérir, grâce à un traitement approprié sans laparotomie, Boldt pense qu'il existe néanmoins une série de cas où l'ablation des annexes est indiquée.

Chez les malades qui traînent une vie chétive, malgré un traitement bien dirigé, et qui, de temps à autre, ont des poussées de pelvi-péritonite, la salpingo-oophorectomie donne des résultats merveilleux, lors même qu'elle a été faite pour une affection sans suppuration.

On dit que des malades restées souffrantes après l'ablation des annexes ont guéri définitivement à la suite d'un traitement médical ou électrique. C'est vrai, mais ces malades auraient guéri tout aussi bien sans ce traitement. La salpingite constitue la lésion capitale, causale ; mais elle s'accompagne d'exsudats divers qui ne se résorbent qu'avec le temps, une fois les trompes enlevées ; quelquefois même, la déchirure d'adhérences au cours de l'opération, cause un léger degré d'hématocèle qui ne disparaît que peu à peu.

Aussi le retour complet à la santé n'a-t-il lieu qu'au bout d'un certain nombre de mois, quelquefois même après un an et plus.

Boldt a observé, chez certaines femmes, à la suite de l'opération, des vertiges, des pesanteurs céphaliques, comme après la ménopause. Jamais il n'a eu de fistule, ce qu'il attribue à ce qu'il lie les pédicules avec du catgut et non avec de la soie; une seule fois, il a vu une hernie ventrale.

Suit le résumé de 112 ablations d'annexes, 68 pour pyosalpinx, 24 pour salpingites catarrhales, 2 pour salpingites tuberculeuses, 9 pour hydro et hémo-salpinx, 9 pour des affections diverses (hémorrhagies utérines, hystéro-épilepsies, fibromes utérins). Résultats : 58 guérisons, 24 améliorations, 10 insuccès, 8 morts, 12 résultats définitifs insuffisamment guéris ou datant d'une époque encore trop rapprochée pour qu'on puisse rien conclure de définitif.

H. H.

Relations pathologiques de la pelvi-péritonite et de la pyo-salpingite, par DURET. *J. des Sc. méd.*, 14 mars 1890, p. 250.

Toute pelvi-péritonite accompagnée de tumeur para-utérine (maladie de Bernutz) a pour foyer central l'ovaire et la trompe enflammés, altérés et souvent suppurés : il importe dans nombre de cas, pour amener la guérison, d'aller rechercher ces deux organes et de les extirper.

L'opération se justifie parce que l'ovario-salpingite provoque souvent des recrudescences d'inflammation péritonéale à chaque menstruation et toutes les fois que la malade commet des excès, supporte des fatigues ou même se livre à une marche un peu prolongée.

L'opération, lors même que les difficultés sont telles qu'on n'a pu extirper l'ovaire et la trompe, peut améliorer l'état des malades. En décollant les adhérences, en évacuant le pus infiltré, enfin en modifiant par le drainage et le curage des foyers purulents l'état général, on favorise la disparition de la fièvre hectique, des douleurs et de la cachexie progressive souvent suivie de tuberculose.

P. MAUCLAIRE.

Péritonite suraiguë au cours d'une double pyosalpingite blennorrhagique latente, par THIROLOIX. *France méd.* Paris, 28 novembre 1889, t. II, p. 1639.

La malade, entrée dans le service de M. Balzer, à Lourcine, pour une vagino-métrite blennorrhagique, semblait en voie de guérison, lorsqu'elle fut prise brusquement de péritonite avec phénomènes de pseudo-étranglement, ayant amené la mort en 26 heures. A l'autopsie, péritonite sans exsudat autre que de très minces fausses membranes fibrineuses. Trompes doublées de volume, pleines d'un pus bien lié, jaunâtre qu'on retrouve dans le fond de la cavité utérine. H. H.

Suppuration pelvienne. (Ueber die Wichtigkeit der frühzeitigen Erkentniss des Pyosalpinx als Ursache der eitrigen Beckenentzündungen), par A.-P. CLARKE. *Deutsch. med. Wochensch.*, 1891, nº 16, p. 564.

Les collections purulentes situées dans les ligaments larges ou autour d'eux, guérissent par l'incision et le drainage du cul-de-sac de Douglas. Mais lorsque les annexes sont malades en même temps on voit survenir des récidives et ce sont justement ces récidives qui indiquent de leur côté que les annexes sont malades. Dans ces cas, il est indiqué de faire l'ablation des annexes. Bien qu'une coque fibreuse sépare la collection purulente du grand péritoine, le danger de péritonite généralisée n'en est pas moins grand, surtout aux époques menstruelles. Le succès de l'opération est certain quand la collection purulente n'est pas sortie des ovaires. Dans les cas de pyo-salpingite post-puerpérale, la laparotomie précoce peut sauver la vie des malades. A. B.

Pneumocoques dans le pus des pyosalpinx (Pneumoniekokken in Eiter bei Pyosalpinx), FROMMEL. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 11, p. 205

Jusqu'ici, Zweifel seul avait constaté la présence de pneumocoques dans le pus de collections tubaires. Frommel, à son tour, vient de faire la même constatation dans un cas qui s'est terminé par la mort. Il s'agissait d'une femme qui avait accouché 7 fois, et qui, depuis son dernier accouchement, où la délivrance fut artificielle, avait toujours souffert dans le ventre. Après examen et constatation de la présence d'annexes malades, on fit la laparotomie. L'ovaire droit était le siège d'un petit kyste, et la trompe du même côté était le siège d'une collection suppurée; il existait également des adhérences assez nombreuses. Après libération des adhérences, on procéda à l'extirpation des annexes malades. Mais à ce moment, il

se produisit un incident fâcheux. La ligature appliquée sur l'extrémité utérine de la trompe, sectionna la paroi extrêmement friable et l'on ne put empêcher l'irruption d'une certaine quantité du pus tubaire dans la cavité abdominale. Or, malgré les précautions antiseptiques prises rigoureusement, malgré la désinfection minutieuse de la région du péritoine avoisinant le point rupturé de la trompe aussi bien que du moignon, le surlendemain de l'opération la température était à 39°,4 et le pouls à 140. La mort survint 60 heures après l'intervention. *Autopsie :* Pas d'état pathologique net, pas de pus, pas d'exsudat, avec cela une bonne apparence du pédicule, et seulement une injection légère des anses intestinales météorisées. En aucun autre point de l'organisme, à l'exception d'un œdème modéré des poumons, rien de spécial à noter. Un examen bactériologique du contenu de la cavité abdominale resta absolument négatif ; pas de mise en évidence d'organismes pathogènes. Il n'y avait que des bactéries intestinales, dont la présence tenait vraisemblablement à ce que l'autopsie ne fut faite que 48 heures après la mort. *Examen du pus tubaire* : Il contenait en grand nombre des coccus encapsulés, réunis pour la plupart deux à deux, sous forme de diplocoques, et qui par leurs caractères microscopiques correspondaient tout à fait aux pneumocoques de Fränkel. Les cultures sur plaques vinrent militer en faveur de cette ressemblance, et permirent de constater la virulence de ces organismes, car, plusieurs animaux inoculés avec les produits de ces cultures succombèrent tous à bref délai. D'autre part, Fränkel à qui on envoya un échantillon de ces cultures, confirma l'identité de ces organismes avec le pneumocoque.

L'auteur insiste sur la virulence extrême de ces organismes, à laquelle il faut rapporter la mort de l'opérée. Le fait que l'examen bactériologique du contenu abdominal est resté négatif, n'est pas concluant. On peut penser, qu'en très peu de temps, les micro-organismes ont pu fabriquer une substance essentiellement délétère pour l'organisme, et qu'après la mort de la femme, ils ont eux-mêmes rapidement péri. En ce qui concerne la présence des micro-organismes dans la trompe, comme ni dans le cas actuel ni dans celui de Zweifel, il n'existait de pneumonie, il est probable qu'ils sont venus dans cette région en suivant la voie génitale.

R. L.

Un cas de fibroïde de la trompe. (Ein Fall von Fibroid des Eileiters), F. SPAETH. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXI, Hft. 2, p. 263.

Observation extrêmement rare que, pour cette raison, nous reproduisons en détail. X..., femme âgée de 39 ans, réglée à 18 ans, menstruation régulière au début, durant 4 jours, assez abondante et non douloureuse. A 21 ans, sans cause connue, la menstruation se supprime pendant quelques mois, puis redevient normale. Il y a 10 ans, fièvre gastrique dont elle souffrit longtemps. Mariée depuis 8 ans, elle eut il y a 7 années un enfant vivant; accouchement facile et suites de couches normales. Jamais plus de grossesse.

Depuis environ 2 ans elle est fréquemment sujette à des vomissements et ressent constamment des douleurs dans le côté gauche du bas-ventre, douleurs qui ne s'exaspèrent pas du fait des règles. La menstruation resta toujours régulière, mais néanmoins se montra, en comparaison de ce qu'elle était par le passé, relativement profuse. Dans l'intervalle, il se fit par le vagin des écoulements modérés, toujours blancs, jamais jaunes. Jamais de douleur en urinant. Selles régulières, appétit bon. Il y a un an elle entra à la maternité de Stuttgart, se soumit, à cause des douleurs abdominales, à un examen, et on lui appliqua un pessaire de Hodge qu'elle porta jusqu'il y a huit jours. Cependant, après quelques mois, les douleurs anciennes ainsi que les vomissements avaient reparu. Nouvel examen, la femme étant endormie, le 8 février 1891: femme grande, ossature développée, peu d'embonpoint, mais apparence de bonne santé. Au cou, ganglions lymphatiques assez développés; organes thoraciques sains, ventre souple, paroi abdominale mince, vergetures nombreuses. L'utérus est en rétroversion légère et un peu déjeté à droite. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur, on sent une tumeur peu mobile, non fluctuante, légèrement bosselée, dure comme la pierre, irrégulière et du volume d'une noix. Elle paraît reposer sur la paroi postérieure de l'utérus, et par sa portion inférieure elle empiète sur la face péritonéale du cul-de-sac de Douglas. A gauche de la matrice, étroitement accolée à cet organe et le repoussant à droite, on perçoit une tumeur volumineuse, qui offre à peu près la même consistance que la tumeur rétro-utérine. La trompe gauche semble se perdre dans cette tumeur, et l'on ne réussit pas à isoler par le toucher l'ovaire de ce côté. En raison des adhérences formées, la

masse de la tumeur ne présente qu'une mobilité minime. Les annexes de droite paraissent saines. Pas d'ascite.

Laparotomie. Incision sur la ligne médiane. Dans le ventre, pas de liquide libre. La masse gauche est tellement prise dans les adhérences que son énucléation est extrêmement difficile, qu'on ne la fait qu'avec beaucoup de difficultés et encore que d'une manière incomplète. Ses connexions à la paroi pelvienne latérale ne sont détruites que péniblement, et comme la manœuvre est dangereuse, on coupe aux ciseaux après avoir posé plusieurs ligatures. De même, pour la partie reliée à l'utérus. Puis on procède à l'extirpation de la petite tumeur située en arrière de l'utérus. Comme il existait en outre un petit fibrome dans la paroi utérine, les annexes de droite furent également enlevées. A cause d'hémorrhagies parenchymateuses étendues dans le cul-de-sac de Douglas, tamponnement avec de la gaze iodoformée et drainage (le drain aboutissant dans l'angle inférieur de la plaie abdominale), etc., etc.

Le drain fut retiré le 2e jour après l'opération. Suites opératoires bonnes ; si ce n'est qu'au 3e jour il se produisit le soir une élévation de la température, en rapport avec un léger exsudat autour du moignon de gauche, exsudat qui fut rapidement résorbé. 4 semaines après, la femme quittait l'hôpital.

Pièce pathologique. — Tumeur de la trompe gauche, de forme régulière, ronde, mesurant : longueur 5 cent. 1/2, larg. 4 cent. 1/2, épaisseur dans tous les points 4 cent. Extérieurement, la tumeur est revêtue par la séreuse en certains points entamée, partout épaissie. Un stylet introduit par l'orifice utérin pénètre par une ouverture assez large dans le canal tubaire, lequel se termine en cul-de-sac et qui mesure seulement 3 cent. est un peu dilaté, à parois lisses, et revêtu dans sa totalité par une muqueuse assez épaissie mais nullement développée en forme de tumeur. Pavillon et franges font complètement défaut. L'ovaire gauche est un peu hypertrophié, le siège de dégénérescence à petits kystes, et montre quelques corps jaunes. Il est soudé à la trompe par des adhérences péritonitiques. La paroi tubaire, uniformément épaissie, a macroscopiquement l'apparence tubaire. L'oviducte ne contient aucune sorte de liquide.

La tumeur rétro-utérine est constituée par un fibroïde tout à fait commun, calcifié superficiellement dans sa portion marginale. Les annexes de droite sont absolument normales.

Examen microscopique. — Il s'agit d'une paroi tubaire extrêmement épaissie, et l'hypertrophie intéresse au minimum la muqueuse, et au maximum la portion conjonctive et musculaire. Cela a tout l'aspect d'un fibro-myôme de l'utérus. La muqueuse est très épaissie ; ses plis, ses saillies papillaires sont en grande partie effacés, l'épithélium a perdu ses cils vibratiles, et ses éléments sont plutôt cubiques. Pas traces, en aucune portion de la paroi tubaire, d'un processus phlegmasique ; pas d'infiltration de petites cellules comme on en observe dans le pyosalpinx ; rien qui rappelle les proliférations, les arborescences si caractéristiques dans la salpingite.

Réflexions. — Cette tumeur appartenant à un état pathologique des plus rares de la trompe, il va de soi qu'on n'ait pas fait le vrai diagnostic. Les signes objectifs de cette tumeur, entourée de nombreuses adhérences, de même que l'âge de la malade rendaient assez rationnelle l'hypothèse d'un néoplasme malin. D'ailleurs, un certain nombre de symptômes importants manquaient pour affirmer ce diagnostic (cachexie, ascite, engorgement ganglionnaire, etc.). Contre l'idée d'un pyo ou hydrosalpinx militaient la dureté remarquable de la tumeur, l'irrégularité de sa surface, et l'absence absolue de fluctuation. D'autre part, l'anamnèse ne fournissait rien en faveur d'une semblable hypothèse. Les douleurs ressenties 2 ans durant par la malade, ne ressemblaient en rien aux douleurs dysménorrhéiques, si connues, qui accompagnent d'ordinaire les tumeurs tubaires d'origine inflammatoire. Elle affirmait nettement que ces douleurs n'étaient pas exaspérées par la menstruation. On doit en réalité les faire dépendre de la pelvi-péritonite gauche, chronique, adhésive, non infectieuse, provoquée par la tumeur augmentant lentement de volume, et peut-être de la rétroversion utérine observée.

La malade n'avait accouché qu'une fois, accouchement facile et suites de couches normales. Donc pas de processus puerpéral à invoquer pour expliquer les troubles morbides. Il n'y a pas eu non plus d'infection gonorrhéique. S'agissait-il d'un fibrome sous-péritonéal, qui parti de l'utérus se serait insinué entre les feuilles du ligament large ? Mais ces néoplasmes, avec des dimensions analogues à celles de la tumeur constatée, ne déterminent pas des douleurs aussi continues, et se distinguent surtout par des hémorrhagies abondantes à la manière des myômes de l'utérus.

Somme toute, les douleurs continues et les vomissements réflexes qui rendaient la femme incapable de tout travail, justifiaient suffisamment la laparotomie, d'autant plus indiquée, qu'on était autorisé à craindre le développement d'une affection maligne. Enfin, à l'avenir, dans des conditions analogues, si l'on n'a à invoquer ni processus puerpéral antérieur, ni gonorrhée, ni processus malin (absence d'ascite et d'adénites), on pensera à la possibilité d'un *fibro-myôme de la trompe*, diagnostic rétrospectif, post-opératoire qu'établirent l'examen macro et microscopique.

R. L.

Ovaro-salpingite morbilleuse. *Soc. Med. hôp.* 22e année 1892.

M. Galliard. — J'ai observé une vierge de 21 ans, qui au 12e jour d'une rougeole grave compliquée de ménorrhagie, fut prise de douleurs dans la région iliaque droite, puis de symptômes de péritonite généralisée, auxquels elle succomba le 25e jour. A l'autopsie, on trouva une péritonite à streptocoques causée par la rupture d'un petit abcès de l'ovaire droit. La trompe correspondante était épaissie et dilatée. Dans l'abcès ovarien, on trouva de nombreux streptocoques mélangés à quelques cocci isolés.

Faut-il admettre, au lieu d'une complication de la rougeole, une simple exaspération des lésions anciennes latentes qui, sans la rougeole, auraient pu échapper longtemps à l'observation? C'est fort discutable. S'agit-il au contraire d'une détermination du virus morbilleux, ou d'une infection secondaire survenue *à l'occasion de la rougeole*? Les résultats de l'examen bactériologique sont en faveur de cette dernière hypothèse.

Contribution à la pathogénie et au traitement de l'hématocèle intrapéritonéale. (Contributo alla pathologia e terapia dell'ematocele intra-peritoneale), par Roncaglia. *Annali di Ostetr. e Ginec.*, 1890, p. 51. Milano.

Dans la première des deux observations rapportées, l'auteur fit d'abord une ponction aspiratrice avec un gros trocart, mais la fièvre étant apparue il fit un nettoyage complet de la cavité hémorrhagique par la voie vaginale avec lavage au sublimé et un tamponnement iodoformé. La guérison fut parfaite.

Dans la deuxième observation il maintint une vessie de glace en permanence sur l'abdomen et la malade guérit.

Envisageant à ce propos les différents traitements de l'hématocèle, Roncaglia reconnaît que l'abstention avec application de la glace sur le ventre donne assez souvent de bons résultats. Quant à la ponction, elle est insuffisante à cause des caillots. Le nettoyage par la voie vaginale avec les doigts surtout, ce qui évite les hémorrhagies, est une bonne opération. On peut à l'exemple de Doléris et Apostoli faire d'abord une eschare avec le galvano-cautère que l'on incise ensuite avec le thermocautère. Les injections antiseptiques avec un double drain pour éviter de rompre le kyste par une trop grande pression et le tamponnement-drainage, doivent compléter l'opération. Roncaglia préfère ce procédé opératoire à la laparotomie soit abdominale soit sous-péritonéale de Pozzi au drainage vaginal, parce que dans le nettoyage par la voie vaginale le péritoine est ménagé et les hémorrhagies sont peu à craindre si on intervient au bout d'un certain temps quand les membranes ont bien enveloppé le kyste sanguin ; si même l'hémorrhagie survient le tamponnement et les irrigations chaudes l'arrêtent facilement.

P. Mauclaire.

Sur les épanchements sanguins intra-péritonéaux. (Ueber intraperitoneale Blutergüsse), Veit. *Samml. klin. Vortrag.*, 1891, n° 14, et *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 34, p. 650.

Veit propose des dénominations précises pour les diverses espèces d'épanchements sanguins qui se font dans le voisinage des organes génitaux de la femme : a) *hémorrhagie intra-péritonéale*, quand l'hémorrhagie se fait librement dans la cavité abdominale ; b) *hématocèle* pour les hémorrhagies enkystées dans la cavité pelvi-abdominale ; c) *hématomes* pour les épanchements sanguins dans le tissu cellulaire pelvien. La première variété, au moins en tant qu'elle intéresse le gynécologue, a la plupart du temps pour point de départ une grossesse tubaire ; elle est le résultat d'hémorrhagies qui se font au niveau du sac fœtal, au point de son insertion sur la muqueuse ; peut-être provient-elle aussi de quelques rameaux artériels de la trompe. Habituellement, l'hémorrhagie se fait lentement et ne s'arrête que très difficilement, parce que la coagulation est très lente, qu'il n'existe dans la cavité abdominale aucune contre-pression sérieuse, et que, dans le cas d'une grossesse tubaire, les conditions pour l'hématose spontanée par contractions vasculaires, sont rarement réali-

sées, mais si la mort par hémorrhagie n'est pas constante, si même elle est rare, c'est que la plupart du temps, la cavité abdominale était le siège d'altérations pathologiques qui, au moment où l'hémorrhagie se fait, sont favorables à l'enkystement du sang, par suite à l'hémostasie. Car, lorsque l'hémorrhagie se fait librement dans une cavité péritonéale, absolument saine jusque-là, la mort par hémorrhagie est la règle.

La production de l'hématocèle se trouve favorisée quand le point qui donne le sang était déjà, par avance, comme encapsulé, ou bien, lorsque l'écoulement sanguin se fait lentement dans une cavité abdominale, plus ou moins semée d'adhérences, traversée de brides; ces brides, ces adhérences favorisent la formation des caillots, et le complet enkystement de l'hémorrhagie, le plus souvent dans l'espace de Douglas (Hém. rétro-utérine). Quand il s'agit d'une hémorrhagie artérielle, intense, l'enkystement n'a pas lieu.

Dans l'hématome, l'hémostase est réalisée par la pression qu'exerce le tissu connectif tapissé par le péritoine. Le diagnostic de l'hémorrhagie, libre, dans la cavité abdominale, est basé sur les symptômes généraux d'anémie, en l'absence de tout phénomène objectif du côté de l'abdomen, quand on peut exclure tout autre espèce d'hémorrhagie. Le sang épanché librement dans le ventre, qu'il soit liquide ou coagulé, ne peut être constaté; ce n'est que dans le cas de quantités considérables qu'on en peut par la percussion démontrer la présence. Lorsque les signes d'une hémorrhagie existant, on perçoit une tumeur, on peut compter sur l'hémostase spontanée par enkystement et, en général, faire de l'expectation. Quand il s'agit d'hémorrhagie intra-péritonéale libre, que l'examen ne donne aucun renseignement, et qu'il existe des symptômes généraux graves, il faut faire la laparotomie. Veit conseille d'utiliser dans ces cas la position élevée du siège, et pour assurer complètement l'hémostase (quand le sang vient de la trompe) de faire la ligature des artères utérine et spermatique; il a laissé le sang épanché dans la cavité abdominale.

R. L.

OBSTÉTRIQUE

VARIA

Des forceps à tractions suivant l'axe. (Die Achsenzugzange), NAGEL. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 17, p. 331.

L'auteur base ce nouveau travail sur une nouvelle série d'observations faites à la policlinique de Gusserow. Il donne la préférence au forceps de Simpson, instrument léger, commode, et pourvu d'une poignée de traction mobile dans tous les plans, ce qui lui permet de réaliser tous les *desiderata* indiqués par Tarnier. D'ailleurs, le succès n'est pas lié exclusivement à un instrument spécial, mais, le point capital, c'est qu'il soit construit suivant le principe de Tarnier, c'est surtout que l'appareil de traction soit pourvu d'une courbure périnéale, pour que l'accoucheur puisse tirer assez en arrière pour entraîner une tête fœtale située au détroit supérieur suivant l'axe du bassin. L'efficacité des forceps à tractions axiles tient à cette possibilité de tirer suivant l'axe pelvien et aussi à la force considérable développée avec ces instruments, force qui, le cas échéant, peut devenir dangereuse. Par l'utilisation exclusive de la poignée de traction mobile dans tous les plans, comme dans le forceps de Simpson, le danger est notablement évité par le fait qu'on supprime l'action de levier.

Bien que ces forceps ne présentent aucun avantage spécial quand la tête est profondément engagée, il est préférable, une fois qu'on s'est résolu à s'en servir dans les accouchements difficiles, de les employer dans tous, afin d'une part de se les rendre familiers, et d'autre part, pour n'avoir pas à emporter 2 forceps. L'auteur a jusqu'à présent appliqué les forceps à tractions axiles dans 80 cas, 29 fois sur la tête élevée (1 fois le forceps Tarnier sans succès, 1 fois celui de Bröse, 27 fois celui de Simpson). Des mères, une a succombé à une septicémie aiguë, mais, quand elle arriva à la policlinique, elle avait déjà une fièvre vive, l'infection était un fait accompli. Toutes les autres femmes guérirent ; chez 12 (7 fois le forceps fut appliqué sur la tête profondément engagée, 5 fois

sur la tête élevée) survinrent des accidents passagers (fièvre, fétidité des lochies), comme il s'en produit après des accouchements spontanés.

Des mères qui subirent une application de forceps sur la tête élevée, 4 présentèrent une déchirure périnéale du 2e degré, 7 une du 1er degré, et une déchirure vaginale longue de 4-5 centim. Sur les 27 cas terminés avec le forceps de Simpson, sur ceux où la tête était élevée, 4 fois l'extrémité céphalique pointait si peu dans l'excavation qu'il fallut presser sur l'utérus pour la fixer ; 18 fois la tête était engagée soit au tiers, soit au quart, 5 fois à moitié. A l'exception d'un cas, où le forceps n'eut aucune prise sur la tête volumineuse, dure, située au-dessus du détroit supérieur et où finalement la crâniotomie s'imposa, dans tous les autres l'extraction réussit, mais n'amena pas toujours, il est vrai, un enfant vivant. 7 fois, en effet, l'enfant vint mort, mais, 4 fois, l'enfant était fort compromis, avant l'intervention. Dans 4 cas, il y eut fracture du crâne soit d'un os frontal, soit d'un pariétal ; dans 3, des dépressions sur le frontal situé en arrière ; dans 4, paralysie faciale ; dans 3, ecchymoses sous-conjonctivales ; dans 8, érosions cutanées, et autres lésions de peu d'importance ; 11 fois, on ne constata aucune lésion fœtale.

L'auteur s'est servi des deux forceps, forceps ordinaire et forceps à tractions axiles, en bon nombre de cas (71 et 80). De son expérience, il conclut que le jugement sévère porté récemment encore sur les forceps à tractions suivant l'axe par des accoucheurs allemands émérites n'est pas justifié. Ce forceps est surtout utile, efficace dans les cas où après des contractions prolongées, l'état de la mère exige une prompte terminaison de l'accouchement, où la tête est encore au détroit supérieur et quand l'enfant est vivant. Bien qu'un certain nombre de ces enfants succombent ensuite du fait des lésions produites par l'instrument, il n'en est pas moins vrai qu'on augmente cependant le chiffre de survie. C'est là une circonstance qui mérite d'être d'autant plus prise en considération que manié par un accoucheur habile, conscient de la force qu'il pourrait déployer, et partant de la circonspection qu'il faut mettre dans son intervention, le forceps n'exposera que fort peu la femme à des lésions.

Ce travail, communiqué à la Société obstétricale et gynécologi-

que de Berlin (1), a suscité la discussion suivante : OLSHAUSEN n'a jamais employé les forceps à traction axile parce qu'il n'a pas pu vaincre les appréhensions que lui causent ces sortes d'instruments (grand bras de levier, impossibilité d'apprécier la force déployée). Il exprime sa surprise du grand nombre de fois que le forceps a été employé sur la tête restée élevée. Dans ces cas, ce n'est pas avec le forceps ordinaire qu'il faut faire la comparaison ; il serait plus juste de la faire avec les cas de terminaison spontanée de l'accouchement après qu'on a constaté que la tête est restée longtemps élevée. — BRÖSE s'étonne aussi de la proportion considérable des applications de forceps sur la tête élevée (28 : 80). Il se demande si dans ces cas, la version n'était plus possible ou si Nagel songe à substituer dans beaucoup de cas l'application du forceps à la version. — GUSSEROW a délibérément autorisé les expériences avec le forceps à traction axile, parce que le principe lui en a paru rationnel. D'autre part, dans les cas encore assez fréquents où l'enfant étant vivant et la tête restant élevée, une indication fournie par la mère exige une prompte terminaison de l'accouchement, n'est-on pas autorisé à chercher comme intervention quelque chose de mieux que la perforation ou que l'application du forceps ordinaire dans ces conditions? Toutefois, il importe que l'auteur recueille des renseignements plus complets sur le sort des enfants qu'il a mis au monde avec le forceps discuté. — MACKENRODT, malgré l'importance du service obstétrical de Martin, n'est pas encore arrivé à se convaincre de l'utilité des forceps à traction axile. Si l'on utilise largement et judicieusement la méthode qui consiste, par des pressions à travers la paroi abdominale, durant la narcose complète, à refouler la tête dans le bassin, on réussit souvent, même dans les cas où l'on n'espérait pas un tel résultat, à abaisser suffisamment l'extrémité céphalique pour la pouvoir ensuite extraire avec le forceps ordinaire. Grâce à cet expédient, les applications du forceps sur la tête élevée seront très restreintes et non au préjudice de la parturiente. Dans les bassins plats, c'est la version qu'il faut faire. Si elle est irréalisable par suite d'un engagement trop marqué de la tête, l'application du forceps ordinaire suffira. Dans les cas de bassins généralement rétrécis, l'expectation

(1) Séance du 25 mars 1892.

est la meilleure méthode. Enfin, quand on n'a pas réussi par la pression exercée sur la tête fœtale à travers la paroi abdominale, à l'engager dans le détroit supérieur, ni le forceps long, ni le forceps à traction axile ne permettront de l'entraîner sans dommage. — Nagel objecte à Olshausen et à Bröse que dans les cas où il est intervenu, sûrement, on ne pouvait pas compter sur la terminaison spontanée de l'accouchement. Il s'agissait d'accouchements prolongés, la poche des eaux était rompue depuis longtemps, et la situation de la parturiente était critique. Au fond, il importe que l'accoucheur n'oublie pas la puissance excessive dont il dispose à l'aide de ses instruments, et qu'il n'en dispose qu'avec beaucoup de circonspection. A Mackenrodt, il réplique que s'il n'a jamais compris l'utilité de l'emploi des forceps à traction axile, c'est qu'il a été plus heureux que ses confrères. Il suffit de s'être trouvé dans la douloureuse nécessité de faire la crâniotomie sur l'enfant vivant, pour être désireux de posséder un instrument supérieur au forceps ordinaire. Quant à la crainte qu'il a exprimée qu'il pourrait être impossible dans les cas de bassin généralement rétréci, de porter suffisamment haut le forceps pour l'insinuer entre la tête fœtale et le bassin, c'est sans doute là une opinion émise à la légère; les études de ce siècle ont en effet montré ce qu'il faut penser de la théorie de l'enclavement. Quant au procédé qui consiste à forcer la tête dans le bassin à l'aide de pressions exercées à travers la paroi abdominale, l'expérience personnelle a montré à Nagel qu'il ne réussit que dans les cas faciles, dans ceux où cette pénétration aurait eu lieu spontanément. Si le procédé était efficace, il y a longtemps qu'il serait entré dans la pratique, et les accoucheurs n'auraient plus à parler ni de version, ni de crâniotomie, ni de forceps sur la tête élevée.

R. L.

Des applications de forceps sur la tête restée élevée. (Zur hohen Zangenoperation); J. Futh. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 14, p. 271.

L'auteur, dans un cas de bassin rétréci, faisait une application de forceps sur une tête au détroit supérieur. Malgré la bonne direction des tractions et la force déployée, la tête ne descendait pas. Il eut alors l'idée de tirer sur le forceps d'une seule main, tandis que de l'autre il exerçait sur la tête fœtale à travers la paroi abdominale des pressions dirigées en bas. Immédiatement, la tête

franchit facilement le détroit supérieur. Frappé du résultat, il expérimenta le procédé sur le mannequin, et ses expériences le confirmèrent dans l'idée qu'il était bon, aussi le recommande-t-il pour les cas analogues (1).

R.-L.

BIBLIOGRAPHIE

Trois observations d'hydrorrhée déciduale, in-8° (extrait de la *Gazette des hôpitaux*), par le Dr E. Bonnaire, accoucheur des hôpitaux.

Topographie et examen clinique du bassin chez la femme rachitique. Bonnaire. In-8°, 1892.

Di alcune laparotomie. (Estratto dalla *Riforma Medica*, n. 61-62-63, Marzo, 1892), par A. Turetta.

Splenectomia per milza mobile ipertrofica. (Communicazione fatta alla VIIIa adunanza della Società Italiana di Chirurgia in Roma 1891), par A. Turetta.

Die Mechanik und Therapie des Uterus und Scheidengewölberisse. H. Freund.

Beitrage zur intrauterinen Therapie. A. Mackenrodt. (*Separatabdruck aus « Samml. klin. Vortr. »*, avril 1892.)

Ueber die vaginale Enukleation der Uterusmyome. R. Crobak. (*Separatabdruck aus « Samml. klin. Vorträge »*, 1892.)

(1) On voit qu'il ressemble au procédé préconisé aussi par Mackenrodt, et que d'ailleurs beaucoup de médecins ont déjà eu l'idée d'utiliser.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1892

AVIS AUX LECTEURS

L'année 1892 comptera parmi les bonnes pour les *Annales de Gynécologie*. Nous avons à enregistrer depuis notre dernier numéro trois succès.

M. le professeur Pinard a été, le 14 juin, nommé membre de l'Académie de médecine, par 57 voix sur 66 votants.

Le Dr Varnier a été nommé professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Paris, et le Dr Hartmann chirurgien des hôpitaux.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ABLATION TOTALE DE L'UTÉRUS POUR LES GRANDES TUMEURS FIBREUSES ET FIBRO-CYSTIQUES DE CET ORGANE

Par **M. Péan** (1).

Depuis que nous nous sommes occupés du traitement des tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de l'utérus, nous avons constamment poursuivi la recherche des moyens les plus propres à rendre leur ablation facile et peu dangereuse.

Après avoir démontré qu'il est possible d'enlever sans trop de danger les tumeurs pédiculées, sous-muqueuses, du col et du corps de l'utérus, nous sommes arrivés à imaginer des méthodes qui nous ont permis d'extraire presque aussi simplement les fibromes interstitiels et sous-péritonéaux du corps de cet organe.

Pour les *petites tumeurs*, c'est-à-dire pour toutes celles dont le volume ne dépasse pas sensiblement celui d'une tête de fœtus à terme, nous avons démontré qu'on peut les enlever presque sans danger par la voie vaginale, en conservant ou non l'utérus suivant les indications.

Mais lorsque le volume de la masse morbide dépasse celui que nous venons d'indiquer, le chirurgien recourt habituellement à la voie abdominale.

Pour les *grandes tumeurs*, en effet, nous avons prouvé le premier, par des faits suffisamment nombreux, qu'on peut les enlever avec des chances sérieuses de succès, en les mettant à découvert par une incision médiane faite à la paroi

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 7 juin 1892.

abdominale, en les attirant au dehors après avoir détaché leurs adhérences et les avoir morcelées, si cela est utile, en les liant aussi bas que possible et en les réséquant au-dessous du lien.

Et alors si la tumeur est sous-péritonéale et pédiculée, l'opération n'offre pas plus de danger que s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire ou des ligaments larges (*myomectomie*).

Si au contraire elle est interstitielle, il faut placer le lien sur le corps de l'utérus et ses annexes et les enlever. En pareil cas, le col et une petite portion du corps sous-jacente à la ligature forment un moignon plus ou moins long qu'il convient, suivant les cas, de fixer à l'angle inférieur de la plaie abdominale (*méthode extra-péritonéale*) ou de réduire après l'avoir ou non recouvert du péritoine voisin (*méthode intra-péritonéale*). La méthode extra-péritonéale a sur l'autre, quand elle est applicable, les avantages suivants : elle est d'une exécution rapide, n'expose pas le péritoine à être souillé par les surfaces de section et permet au chirurgien de surveiller l'hémostase et le pansement.

C'est pour tous ces motifs, et aussi parce qu'elle a donné des guérisons plus nombreuses, que cette méthode a été considérée comme la méthode de choix par la plupart des chirurgiens, depuis que nous l'avons créée.

Cependant il est des malades chez lesquelles le moignon est tellement large, tellement court, que la méthode extra-abdominale n'est pas applicable. En pareil cas, nous avons démontré qu'il est préférable de réduire le pédicule après l'avoir lié en deux moitiés et après avoir fermé la surface de section par des points de suture à anses séparées.

Quelques chirurgiens ont cherché à généraliser cette méthode aux dépens de la précédente, en l'appliquant à toutes les malades, mais ils n'ont pas obtenu des résultats assez favorables pour justifier leur conduite.

Enfin, il est des cas où la tumeur occupe à la fois le corps et le col de l'utérus. Nous avons démontré dans le travail que nous avons publié en 1873, avec mon interne, M. Urdy,

qu'il ne faut pas hésiter, dans ces circonstances, à pratiquer l'ablation totale de l'organe.

Dès 1868 j'ai mis le premier cette méthode à exécution. L'année suivante, la malade fut présentée à l'Académie de médecine. L'opération avait été faite pour une grosse tumeur fibro-cystique.

Depuis cette époque, nous avons eu maintes fois recours à cette méthode et nous en avons obtenu de bons résultats.

Voici comment nous procédions autrefois chez ces malades.

Après avoir mis à découvert la tumeur par une incision abdominale, nous saisissions de chaque côté avec nos pinces à mors longs, droits ou courbes, les ligaments larges que nous coupions entre deux rangées de pinces ; puis après avoir lié et réséqué ces ligaments, nous placions un lien métallique au-dessous de la tumeur, aussi près que possible du col. Nous coupions ensuite l'utérus au-dessus du lien.

Nous avions soin au préalable, quand cela était nécessaire, de détacher la vessie et le rectum. Il ne nous restait plus alors qu'à ouvrir les culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin, soit de haut en bas par la voie vaginale et à enlever le col après avoir placé sur la partie inférieure des ligaments larges d'autres pinces, plus petites, dont l'extrémité libre sortait par la vulve : ces dernières suffisaient pour assurer l'hémostase préventive et définitive.

Cette méthode nous a donné de bons résultats : elle a trouvé dans divers pays de chauds partisans.

Après y avoir mûrement réfléchi, nous avons pensé que son manuel pouvait être encore simplifié. Voici comment nous procédons aujourd'hui :

Après avoir ouvert l'abdomen, nous attirons la tumeur au dehors, suivant notre coutume, à l'aide d'un trocart long et courbe de notre modèle. Nous plaçons ensuite un lien en caoutchouc au-dessous d'elle, le plus près possible du col. Nous fixons ce lien avec nos pinces à mors longuets et nous réséquons la tumeur à quelques centimètres au-dessus de lui. S'il y a plusieurs lobes, nous les enlevons après avoir

successivement appliqué des liens de caoutchouc le plus bas possible.

Lorsqu'il ne reste plus que le col et la partie inférieure du corps de l'utérus, nous avons soin, quand cela est nécessaire, de dégager la vessie et le rectum et de pincer ou de lier les petits vaisseaux qui leur appartiennent. Nous plaçons ensuite, soit au-dessus, soit au-dessous du lien de caoutchouc, suivant les cas, un fil métallique que nous serrons fortement et que nous tordons à l'aide d'un ligateur de notre modèle. Grâce à ce ligateur, le lien métallique se rompt après quelques tours de torsion, juste à un centimètre en dehors de l'utérus. Nous réséquons alors le moignon aussi près que possible en ayant soin d'évider la muqueuse, afin de diminuer le plus possible le volume sans exposer cependant ce lien à l'abandonner par glissement; puis nous réduisons le moignon et nous fermons par suture la plaie abdominale.

Il ne nous reste plus alors qu'à enlever le col de l'utérus, le moignon et le lien métallique. Cette extirpation se fait aisément par la voie vaginale en suivant les règles que nous avons depuis longtemps posées pour l'ablation des petites tumeurs utérines, c'est-à-dire en ayant recours au pincement des ligaments larges et au morcellement.

En raison des résultats que nous avons obtenus de cette nouvelle méthode d'ablation totale de l'utérus dans ces dernières années, nous en sommes arrivé à poser les conclusions suivantes :

1° Toutes les fois qu'il est indiqué d'enlever une grande tumeur fibreuse ou fibro-cystique, interstitielle du corps de l'utérus, il convient de recourir à notre méthode d'ablation totale de cet organe par la voie abdominale et par la voie vaginale combinées;

2° Cette méthode permet d'enlever plus rapidement l'utérus malade et ses annexes que les méthodes intra et extra-péritonéales;

3° Elle agrandit le domaine de la chirurgie en augmentant le nombre des guérisons.

LA LAPAROTOMIE DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE DE L'ENFANT

Par **Henri Hartmann**, chirurgien des hôpitaux, et **Arthur Aldibert**, ancien interne des hôpitaux.

Faite d'abord à la suite d'erreurs de diagnostic (1), la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse ayant été suivie de succès inespérés, on a, de parti pris, ouvert l'abdomen dans le but de guérir des tuberculoses péritonéales bien diagnostiquées. Parmi ceux qui ont défendu avec le plus d'énergie le traitement opératoire de la péritonite tuberculeuse, nous devons citer Kummel (2) et surtout Kœnig (3) qui, dans deux travaux consécutifs, a soutenu la cause de la laparotomie.

Envisagée plus spécialement chez l'enfant, la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse a été plus rarement pratiquée. Comme chez l'adulte, elle a, au début, été faite par suite d'erreurs de diagnostic. Petri (4), en 1874, ouvre le ventre d'une fillette de 14 ans, croyant à un kyste de l'ovaire. Malgré un retour de l'épanchement, l'année suivante, des poussées successives de tuberculoses osseuses et ganglionnaires, la malade restait encore guérie en 1886. Dorhn (5), en 1878, opère une enfant de 4 ans, qu'il regardait comme atteinte de kyste de l'ovaire, et trouve une péritonite tuberculeuse diffuse; un an après, la guérison se maintenait parfaite. Il nous faut toutefois aller jusqu'en 1887 pour voir Roosenburg (6) intervenir de propos délibéré dans un cas de

(1) Le premier cas est dû à SPENCER WELLS. *Tumeurs de l'ovaire, etc*, 1883, p. 110.

(2) KUMMEL. *Centralbl. f. Chir.*, 1887, n° 25; *Arch. f. klin. Chir.* Berlin, 1888, p. 39; *Deutsche med. Woch.*, 1889.

(3) KŒNIG. *Centralbl. f. Chir.*, 1890.

(4) Cité par KUMMEL. *Loc. cit.*

(5) *Deutsche med. Woch.*, 1879.

(6) Twee gevalle van perit. tub. genezen door laparotomie; *Feestbundel a F. C. Donders*. Amsterdam, 1888, p. 211.

péritonite tuberculeuse à forme ascitique : deux ans après, la malade n'avait pas la moindre récidive. Depuis cette époque, les opérations se sont multipliées ; MM. Pinard et Kirmisson (1) en ont, ici même, publié des cas intéressants, et l'on trouvera, au cours de ce travail, un tableau relatant 48 opérations faites chez des enfants (2).

Dans un autre ordre d'idées, on a vu, tout récemment, appliquer à la tuberculose péritonéale des traitements réservés jusqu'ici à des séreuses moins importantes. La paracentèse de l'abdomen, suivie d'un lavage avec une solution antiseptique, vient d'être préconisée par le professeur Debove. Les faits sont encore trop peu nombreux pour permettre de conclure, et, comme nous le verrons, de nombreux arguments peuvent être invoqués contre cette pratique plus simple en apparence, mais peut-être moins inoffensive qu'on ne l'a dit.

Notre intention n'est pas de donner ici une étude d'ensemble de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. On la trouvera dans la thèse de l'un de nous (3). Nous désirons simplement rapporter quelques faits nouveaux de laparotomies dans des péritonites tuberculeuses infantiles, et en tirer quelques conclusions.

Grâce à l'obligeance de notre maître, M. F. Terrier, nous avons pu opérer nos trois malades dans son service de l'hôpital Bichat. Le temps écoulé depuis l'intervention nous paraît suffisant pour nous permettre d'en publier les résultats. De plus, dans deux de ces cas, nous avons établi par des inoculations la nature bacillaire de l'affection, ce qui nous paraît important, car il est établi qu'il existe chez l'enfant des péritonites chroniques revêtant l'aspect macroscopique de la péritonite bacillaire. Il nous suffira de rappeler les tra-

---

(1) *Annales de gynécologie*, Paris, 1891, t. II, p. 171.

(2) L'un de nous a, dans un mémoire tout récent, publié *in extenso* ces opérations (ALDIBERT, *De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.* Paris, Steinheil, 1892). Dans le même travail, on trouve réunis 274 cas de laparotomies pour péritonite tuberculeuse chez des adultes.

(3) ALDIBERT. *Loc. cit.*

vaux de Henoch qui a démontré histologiquement que, dans certaines péritonites, macroscopiquement identiques à la péritonite bacillaire, les granulations étaient uniquement constituées par des éléments conjonctifs et ne contenaient aucun élément tuberculeux (1).

La première de nos observations se rapporte à une péritonite tuberculeuse à évolution assez rapide, accompagnée de fièvre et d'un état général mauvais. Bien que ce cas parût peu favorable à l'intervention, la laparotomie a amené dans l'évolution du processus tuberculeux péritonéal un arrêt qui, après un an, semble définitif.

Observation I. — Le nommé M..., Henri, âgé de 12 ans, entre le 27 mars 1891 dans le service de notre maître, M. Terrier, à l'hôpital Bichat. Élevé au biberon, cet enfant a toujours joui d'une excellente santé ; il n'a jamais eu de gourmes dans son enfance, jamais d'accident suspect au point de vue de la tuberculose : il n'accuse qu'une croissance rapide depuis un an, qui l'a un peu fatigué. Son père est bien portant et sa mère n'a eu qu'une légère atteinte de rhumatisme en 1879.

La maladie actuelle a commencé dans les premiers jours de janvier, alors qu'il était encore à Dampierre (Haute-Saône). Dès ce moment, il perd l'appétit, les digestions deviennent difficiles; après les repas, le ventre se ballonne; il éprouve des coliques sourdes pendant toute la période digestive; les garde-robes sont liquides et fréquentes. Son état général se modifie : il reste triste, somnolent toute la journée et ne peut plus supporter les marches un peu prolongées, qui augmentent ses douleurs abdominales ; la nuit, il a des transpirations très abondantes. Il part avec sa mère pour Paris, le 22 janvier 1891, déjà très pâle et amaigri. Pendant un mois, il continue à se plaindre du ventre, qui reste ballonné d'une façon permanente ; les douleurs qui ne sont plus passagères, persistent même en dehors de la période de digestion; l'amaigrissement enfin fait de rapides progrès et la mère se décide à le présenter à la consultation de l'hôpital Trousseau.

Il entre le 20 février 1891, dans le service de notre excellent

(1) Henoch. In *Soc. de méd. interne de Berlin*, séance du 16 novembre 1891.

maître, M. Cadet de Gassicourt, qui a bien voulu nous donner oralement les renseignements qui suivent. A son entrée, cet enfant ne paraissait pas très malade et ses troubles digestifs pouvaient faire croire à une simple dilatation de l'estomac. Mais après un examen méticuleux et répété, se basant sur l'existence d'un léger ballonnement abdominal, sur les douleurs pendant la digestion, sur la persistance de la diarrhée, malgré l'absence de vomissements, notre maître songea à un début d'affection péritonéale ; ce diagnostic eût été très hasardé, tellement les symptômes étaient peu concluants à cette époque, si on n'avait constaté un léger épanchement pleurétique à la base gauche ; cette pleurésie permettait d'affirmer une péritonite tuberculeuse au début.

Cette péritonite a marché excessivement vite. Dès le 8 mars, en effet, elle se présentait avec les signes de la période d'état et on pouvait constater dans l'abdomen la présence d'une ascite libre, remontant jusqu'à l'ombilic et donnant nettement la sensation de flot. Les fonctions digestives étaient encore plus compromises : des vomissements alimentaires et bilieux avaient apparu et étaient excessivement fréquents ; les douleurs étaient beaucoup plus aiguës ; les selles restaient liquides et fétides, malgré l'administration de naphtol ; enfin, la température présentait de grandes oscillations quotidiennes entre 37°,4 le matin et 40°,4 le soir ; quant à la pleurésie gauche, elle restait stationnaire.

Du 20 au 27 mars, la température oscille encore entre 38° et 40°, mais l'ascite se résorbe en partie, les vomissements et la diarrhée s'arrêtent ; les douleurs deviennent moins violentes. L'abattement, il est vrai, persiste et l'amaigrissement surtout fait de rapides progrès.

Devant cet état qui s'aggrave de jour en jour et qui menace d'enlever rapidement le malade, M. Cadet veut bien nous adresser l'enfant à l'hôpital Bichat, pour essayer, par la laparotomie, d'enrayer ce processus aigu.

Le 28. *État actuel :* En examinant cet enfant, on est frappé de son aspect souffreteux et misérable, de la pâleur cireuse de son visage avec légère bouffissure des paupières qui lui donne un facies albuminurique. Ses joues creuses font ressortir la saillie des os malaires ; sa peau est partout flasque, ridée, rugueuse ; la couche adipeuse sous-cutanée a disparu et les masses musculaires, diminuées de volume, exagèrent le relief des saillies osseuses ; les

cuisses à leur partie moyenne ne mesurent que 24 centim. et les bras 13 centim. Le poids de l'enfant est de 22 kilogr. 100.

L'abdomen au contraire, très augmenté de volume, bombe en avant, sans s'étaler ; l'ombilic, qui n'est pas déplissé complètement, se soulève à chaque effort de toux. La peau est sèche et squameuse ; la circulation veineuse sous-cutanée est un peu plus développée que normalement dans les régions sous-ombilicales. La mensuration donne 61 centim. comme circonférence ombilicale ; de l'ombilic au pubis 12 centim. ; à l'appendice xiphoïde 16 ; à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite 13 ; à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche 14 centim.

La percussion indique un tympanisme très marqué dans les régions sus-ombilicales ; une sonorité normale dans l'hypogastre ; de la matité dans les fosses iliaques et les flancs, se déplaçant lorsqu'on modifie le décubitus.

La palpation est rendue difficile par la tension des muscles de la paroi ; il semble, cependant, qu'il existe dans la région ombilicale des inégalités de résistance, une espèce de gâteau empâté et diffus dont on ne peut apprécier la limite exacte. On ne perçoit pas de froissements amidonnés, mais on provoque des borborygmes fréquents. Nulle part on ne trouve de fluctuation.

Le foie ne dépasse pas les fausses côtes ; la hauteur de sa matité est normale. La rate est un peu grosse et donne lieu à une submatité dans une étendue de 3 centim. carrés environ.

L'examen du thorax indique l'intégrité du poumon droit ; à gauche, en arrière, il y a de la submatité, de l'obscurité du murmure vésiculaire, sans frottements, à la base (reliquat de sa pleurésie) ; et au sommet, en avant comme en arrière, il existe une sonorité tympanique avec expiration prolongée, mais moelleuse. Les bruits du cœur sont normaux.

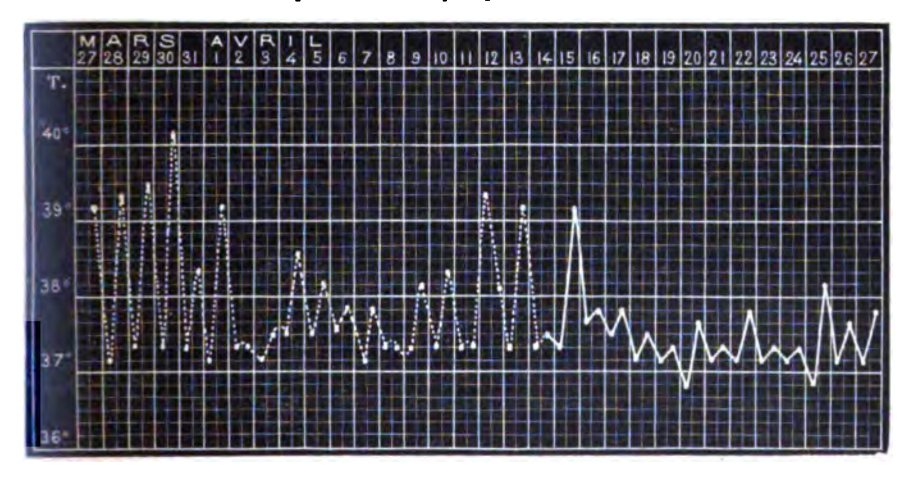
Les urines sont peu abondantes (650 cent. cubes par jour) et contiennent 17 gr. 50 d'urée par 24 heures.

L'enfant reste en observation et est préparé pour l'opération jusqu'au 15 avril. Pendant cette période, on le voit toujours triste et abattu, blotti dans son lit, somnolent, ne s'intéressant à rien de ce qui l'entoure. Sa température à plusieurs reprises présente de grandes oscillations atteignant le soir 39° et 40°. Il ne mange presque plus ; il accuse sans cesse des douleurs abdominales très aiguës sous forme de coliques et vomit fréquemment le peu d'ali-

ments ou le lait qu'il ingère ; ses selles restent liquides, fétides, au nombre de 2 ou 3 par jour.

On lui fait prendre plusieurs bains savonneux, on recouvre son ventre d'une façon permanente avec un pansement antiseptique et on lui donne des paquets de bétol et de salicylate de bismuth.

Le 15 avril, *laparotomie* par M. Hartmann aidé par M. Aldibert. Une incision sous-ombilicale de 5 à 6 cent. environ, sectionne rapidement la peau et la couche sous-cutanée très mince, privée de graisse ; l'aponévrose du droit antérieur est incisée et on décolle le bord interne du droit antérieur du côté droit. On aperçoit alors une couche de graisse finement lobulée et serrée, rappelant le grand épiploon, que l'on sectionne prudemment et lentement à tout petits coups de pointe; on met ainsi à nu et on incise un feuillet plus résistant, mais peu net, dans lequel il est difficile de reconnaître le péritoine et qui présente sur la lèvre droite de



l'incision l'ouraque, du volume d'une plume de coq, incomplètement oblitéré.

Au-dessous de ce feuillet se trouve une masse finement granulée et lobulée, couverte de granulations jaunes avec petits amas caséeux du volume d'un pois ; cette couche saigne au moindre coup de bistouri et elle est constituée par le grand épiploon adhérent à la paroi. On essaie d'abord de le décoller en haut et à droite ; on ne peut y arriver. Palpant alors les parties voisines de l'incision avec l'index gauche pendant que le droit, maintenu dans la plaie,

va à sa rencontre, on constate un gâteau très étendu en haut et à droite, très limité au contraire à gauche de l'incision. Muni de ce précieux renseignement, on peut alors facilement et assez vite décoller avec l'ongle les adhérences épiploïques sur la lèvre gauche de l'incision et pénétrer dans la cavité abdominale. Aucun liquide ne s'écoule par la plaie.

Le doigt introduit dans l'abdomen montre que l'intestin adhère lui-même à l'épiploon dans toute la région ombilicale et ces adhérences ne lui permettent pas d'explorer la moitié droite de la cavité abdominale; à gauche on sent un péritoine verruqueux, hérissé de saillies que l'on retrouve sur la surface de l'intestin. L'anse intestinale qui se présente au fond de la plaie et le péritoine pariétal sont couverts de granulations tuberculeuses opaques, un peu jaunâtres.

On fait un lavage avec de l'eau boriquée, à 37° environ; le liquide sort d'abord un peu rougi par le sang qui s'écoule du décollement épiploïque, mais bientôt après il se présente à la sortie avec une clarté parfaite. On fait ainsi passer deux litres de liquide environ. Pendant le lavage, le pouls n'a pas augmenté de fréquence.

On excise un fragment d'épiploon pour l'inoculer et on fait une suture à trois étages, les deux profondes (une pour le péritoine, une autre pour le plan musculo-aponévrotique) à la soie, celle de la peau au crin de Florence. Pas de drainage.

15 avril. Soir. L'enfant a souffert un peu au niveau de la plaie; a eu des nausées et un vomissement. Temp. 39°. Pouls à 104. Champagne glacé. Potion avec 5 centigr. d'extrait thébaïque.

Le 16. Matin. Temp. 37°,6. Pouls à 100. A passé une assez bonne nuit, ni nausées, ni vomissements. A uriné seul 500 gr. depuis l'opération.

Soir. Temp. : 37°,8. Pouls à 104. Il n'accuse aucune douleur dans l'abdomen; il ne souffre qu'un peu au niveau de la plaie. Il demande à manger. Champagne. Lait et eau de Vichy.

Le 17. Matin. Temp. : 37°,4. Pouls à 98. Le malade rend des gaz par l'anus, sans canule. 600 grammes d'urine.

Soir. Temp. : 37°,8. Pouls a 102. L'enfant va très bien.

Temp. matin, 37°; soir, 37°,4.

Le petit malade va très bien, il n'éprouve aucune douleur et désire ardemment manger. Pas de selles depuis l'opération. Urine, 800 gr. Lait. Œufs. Suppression de la potion à l'extrait thébaïque.

Le 20. Température reste normale; l'enfant n'accuse aucune douleur; son état général est excellent; il a eu une selle copieuse après un lavement boriqué. On lui donne de la viande blanche, du lait et des œufs.

Le 23. Le malade est toujours très bien et la température normale. Il est gai, souriant, n'éprouve aucune douleur et a un excellent appétit; à le voir, on ne dirait pas qu'il a été laparotomisé. On fait son premier pansement; on enlève tous les fils : la réunion est complète. L'abdomen est partout souple, indolore.

7 mai. La température est toujours restée normale oscillant entre 36°,8 et 37°,4; un soir seulement elle a atteint 38°, à la suite d'une indigestion qui s'est traduite encore par un vomissement et une débâcle intestinale. L'enfant n'a éprouvé aucune colique depuis l'opération; il mange avec appétit, même avec voracité; il est gai, content et se lève.

Au second pansement, fait le 1er mai, la plaie est cicatrisée complètement; on lui laisse la ceinture de flanelle pour maintenir son ventre.

Le 15. Sa mère vient le chercher pour l'emmener chez elle, à Dampierre. L'enfant a conservé son teint pâle et blafard; l'amaigrissement a peu diminué, son poids est de 22 kilog. et la circonférence de ses cuisses ou de ses bras est identique à celle de son entrée.

L'abdomen présente une cicatrice de 7 centim., arrivant à 2 centim. de l'ombilic, souple, sans éventration; la circonférence ombilicale a diminué d'un centim. et ne mesure plus que 60 centim.; on trouve de l'ombilic au pubis 10 centim. 1/2; du même point à l'appendice xiphoïde 15; à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite 12 1/2; à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche 13 1/2; ces divers rayons ont donc tous diminué depuis l'opération. A la palpation, le ventre est souple, absolument indolore, et on ne perçoit que fort mal l'empâtement péri-ombilical qui existait avant l'intervention. La sonorité est normale partout, il n'y a pas de tympanisme.

Localement, les modifications apportées par la laparotomie ne sont pas considérables, quoiqu'il y ait une diminution réelle du volume du ventre; il n'en est pas de même en ce qui concerne l'état général et les fonctions digestives. Cet enfant qui restait confiné au lit, dans l'impossibilité de se tenir debout, qui était

toujours triste et somnolent, qui ne pouvait supporter que le régime lacté, qui était sans cesse tourmenté par des coliques intestinales très aiguës, avait une température à 39° et 40°, aujourd'hui se lève et marche toute la journée, reste apyrétique, mange avec un excellent appétit et même avec voracité et n'éprouve plus aucune douleur; cette suppression des phénomènes douloureux si pénibles est pour le petit malade le bénéfice le plus net de l'intervention et il est enchanté d'avoir été opéré.

Les notes suivantes nous ont été communiquées par le docteur Coillot :

Il s'est développé pendant l'été au niveau de la cicatrice une ulcération grande comme une pièce de cinq francs non fistuleuse; l'ascite ne s'est pas reproduite (24 décembre).

Le 26 février 1892 : il n'y a pas d'ascite, ni de gâteaux indurés dans le ventre, l'ulcération de la paroi est à peu près complètement fermée. Circonférence ombilicale : 0,49 centim.; distance de l'ombilic à l'appendice xiphoïde 0,13; aux épines iliaques 0,11 (les mêmes dimensions au moment de sa sortie étaient : 60, 15 et 13 centim.).

Le ventre a donc diminué beaucoup de volume et la péritonite paraît guérie. Mais l'enfant a maigri, il ne pèse plus que 20 kilogr. 150 au lieu de 22 à sa sortie de Bichat, et paraît assez émacié.

Nous pouvons nous demander si l'amaigrissement provient de mauvais soins hygiéniques ou d'une tuberculose viscérale extra-péritonéale latente; n'ayant pas examiné l'enfant nous-même, nous ne pouvons nous prononcer.

Examen bactériologique. — Inoculation, le 15 avril, du fragment épiploïque, à un cobaye sous la peau de l'abdomen; le 20 mai, la plaie, réunie d'abord par première intention, s'ouvre et laisse échapper du pus granuleux d'aspect caséeux; elle persiste encore lorsqu'on sacrifie l'animal le 27 juillet. Elle a environ 1 centim. carré, repose sur une base un peu indurée située dans l'épaisseur des muscles et présente à la coupe des granulations jaunes très nettes.

Les ganglions des aines et des aisselles sont très augmentés de volume; les plus gros sont dans l'aisselle gauche, où se rendent les lymphatiques du point inoculé et ils y atteignent le volume d'une amande; tous présentent à la coupe l'aspect de marron cru

et dans l'aine gauche l'un d'eux est le siège d'un abcès caséeux ramolli, où l'on trouve des bacilles de Koch.

Le foie qui pèse 75 gr., est farci de granulations grises, que l'on constate aussi en très grand nombre dans la rate. Les poumons sont farcis de tubercules plus gros et grisâtres, dont quelques-uns ont les dimensions d'un gros grain de plomb.

Cette observation présente, au double point de vue clinique et opératoire, quelques particularités sur lesquelles il nous paraît utile d'insister.

Il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse subaiguë, à marche rapide. La température élevée, à grandes oscillations, atteignant le soir 39° et même 40°; les douleurs vives et presque continues qu'éprouvait cet enfant, les vomissements incessants et la diarrhée rebelle qu'il avait, ne laissaient que peu d'espoir sur les résultats de la laparotomie. Le malade a cependant retiré un grand bénéfice de l'intervention : sa température est tombée à la normale, dès le lendemain de l'opération; les vomissements et la diarrhée se sont arrêtés, l'appétit a reparu, les douleurs ont complètement cessé; l'enfant a pu se lever, courir et jouer, comme s'il était complètement guéri de son affection péritonéale. Aujourd'hui encore, dix mois après l'opération, son ventre ne présente ni ascite, ni gâteaux indurés, et paraît absolument normal. L'enfant, il est vrai, après avoir repris tous les attributs de la santé, a de nouveau maigri, et a perdu, dans ces derniers temps, deux kilogrammes; mais cet amaigrissement est peut-être dû à une alimentation défectueuse, et une hygiène bien comprise l'aurait probablement arrêté. Sa péritonite, dans tous les cas, paraît complètement guérie, et ce succès, obtenu dans des conditions si défavorables, prouve la valeur réelle de l'incision abdominale.

Nous devons attirer aussi l'attention sur une complication post-opératoire qui est survenue, l'ulcération tuberculeuse de la plaie. Cette ulcération secondaire s'explique facilement dans ce cas; l'adhérence de l'épiploon tuberculeux à la paroi au niveau de l'incision a permis, selon toute probabilité, l'inoculation de la plaie par continuité.

Au point de vue opératoire, il n'est pas inutile de faire remarquer que nous avons eu une certaine difficulté à reconnaître les divers plans de la paroi et que le péritoine, en particulier, était à peu près impossible à distinguer. L'adhérence à la paroi du tablier épiploïque a encore compliqué l'intervention ; il a fallu explorer, avec un doigt dans la plaie et un autre dans le voisinage, l'étendue de ses adhérences dans toutes les directions, et ce n'est qu'après avoir constaté qu'elles étaient très limitées à gauche de l'incision, que nous avons pu agir en ce point, décoller l'épiploon, et pénétrer dans l'abdomen. Remarquons, en outre, que dans ce cas, la ponction n'eût pas été sans danger. L'épiploon, en effet, adhérait à la paroi sur une grande étendue, dans les points où on pratique d'habitude la paracentèse ; l'intestin était lui-même collé au tablier épiploïque ; or ces adhérences ne pouvaient être diagnostiquées avant l'opération, car on ne sentait que d'une façon diffuse, un épaississement de la paroi au niveau de la région ombilicale. Une ponction, faite dans ces conditions, aurait eu par conséquent les plus grandes chances de léser l'épiploon et l'intestin.

Notre seconde observation a trait à une péritonite tuberculeuse suppurée, enkystée dans la partie inféro-latérale de l'abdomen.

Observation II. — La petite S..., Aurélie, âgée de 9 ans et demi, nous est envoyée de la consultation des Enfants-Malades par notre ami Triboulet, et elle entre à Bichat, le 20 juin 1891.

Son père est bien portant; sa mère a depuis 5 ans une laryngite chronique suspecte; deux autres enfants sont en bonne santé; un est mort à 18 mois des suites d'une laryngite diphtéritique.

Elle a eu la rougeole à 8 mois; la coqueluche à 1 an 1/2; une fracture de cuisse à 2 ans; la varicelle à 3 ans; jamais elle n'a présenté ni gourme, ni kératites, ni adénites chroniques. Depuis l'âge de 4 à 5 ans elle est sujette à des bronchites qui se répètent, mais qui ont une courte durée.

Sa mère fait remonter le début de l'affection actuelle au 13 mai et l'attribue à un coup de pied que l'enfant aurait reçu à l'école. D'après elle, jusqu'à cette époque, l'enfant n'avait accusé aucun

trouble digestif, aucune douleur abdominale; ce jour-là elle se serait alitée avec un ventre ballonné et douloureux, une fièvre vive, des sueurs abondantes et des vomissements très fréquents. Ces accidents aigus se sont amendés lentement : le volume du ventre a un peu diminué, les douleurs abdominales se sont atténuées et les vomissements arrêtés; la diarrhée du début a fait place à une constipation opiniâtre; mais l'enfant a énormément maigri. Depuis une huitaine, les accidents ont repris une certaine acuité; la diarrhée a reparu avec des coliques intermittentes très violentes, persistant un jour ou deux, et une fièvre intense; la mère se décide alors à conduire sa fille à l'hôpital.

20 juin. — *État actuel :* Cette enfant pâle, chétive et malingre présente un amaigrissement extrêmement marqué; sa peau, flasque et ridée, recouvre des membres squelettiques : les cuisses mesurent 22 centim. 1/2 à leur partie moyenne et le bras 11 centim. Son poids est de 16 kilogr.

Son abdomen volumineux et distendu contraste avec le peu de développement et l'amaigrissement de son thorax. La peau, squameuse et rugueuse, présente dans la région sous-ombilicale trois cicatrices produites par l'application de mouches de Milan; on aperçoit une légère dilatation du réseau veineux sous-cutané sous-ombilical. Le ventre, qui n'est pas étalé et qui bombe en avant, est partout augmenté de volume; mais il existe juste au-dessous de l'ombilic une zone large d'un travers de main qui fait en avant une saillie spécialement marquée. La circonférence ombilicale est de 55 centim.; il y a, de l'ombilic au pubis, 10 centim. à l'appendice xiphoïde 12 centim., à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite 13 centim., à l'épine correspondante gauche 12 centim.

La percussion donne de la matité dans une zone large de trois travers de doigt dans la fosse iliaque gauche et l'hypogastre et d'un travers de pouce dans la fosse iliaque droite; elle prend ainsi la forme d'un croissant à concavité supérieure plus large à gauche, allant en s'effilant dans la fosse iliaque droite. Cette percussion est douloureuse sur toute cette étendue, mais elle l'est surtout dans la fosse iliaque gauche où pratiquée légèrement et superficiellement elle fait pleurer la malade. Cette matité est fixe et ne se déplace pas dans les décubitus latéraux. Dans tous les autres points la sonorité est tympanique.

A la palpation, on sent, au niveau et un peu au-dessous de l'ombilic, sur une étendue transversale de 10 centim. et verticale de 5 centim., un gâteau d'empâtement, un plastron dur, à limites périphériques diffuses, très douloureux et faisant corps avec la paroi ; au niveau de la fosse iliaque gauche, les muscles sont tendus et la moindre pression est si douloureuse qu'on ne peut palper les parties profondes ; dans la fosse iliaque droite, on ne sent rien d'anormal. On ne constate nulle part ni cris intestinaux, ni frottements.

La matité hépatique, de 6 centim. sur la ligne mamelonnaire, ne dépasse pas les fausses côtes ; la rate n'est pas sensible à la percussion.

L'examen du thorax ne révèle aucune trace de pleurésie ; la respiration est pure partout, sauf dans la fosse sus-épineuse gauche où l'inspiration et l'expiration sont un peu plus rudes qu'à droite, sans être prolongées, sans s'accompagner de modification appréciable de sonorité. Les battements cardiaques sont normaux.

Les urines, normales comme quantité, contiennent 13 gr. d'urée par 24 heures.

Dans les plis inguinaux et les régions carotidiennes, il existe plusieurs ganglions peu volumineux.

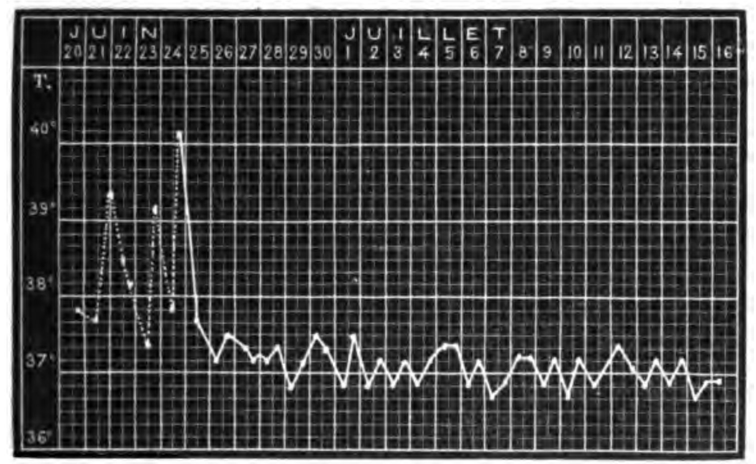
Les troubles fonctionnels sont très accusés ; la malade, triste et abattue, éprouve, depuis son entrée, des douleurs sous forme de coliques violentes, localisées dans la fosse iliaque gauche et la zone péri-ombilicale voisine ; elle a pleuré et crié toute la nuit. Elle ne prend aucune nourriture, ne supporte qu'un peu de lait ; elle n'a pas vomi et a eu 4 ou 5 selles liquides et fétides.

Du 20 au 25 juin, l'état se modifie peu : l'enfant a une température qui atteint le soir 39° et 40°, les douleurs abdominales intermittentes persistent avec la même intensité, rendant tout repos impossible ; la diarrhée continue ; la malade pleure et crie jour et nuit et ne s'alimente plus. Ayant été désinfectée pendant cette période, on l'opère le 25 juin.

Laparotomie, le 25 juin, par M. Hartmann, aidé par M. Aldibert ; le chloroforme donné par Mme Magnus est très bien supporté.

On fait une incision sous-ombilicale de 5 centimètres environ et on sectionne lentement les divers plans successifs qui sont très vasculaires, ce qui nécessite l'application de nombreuses pinces.

Après avoir détaché de sa gaine le muscle droit antérieur du côté droit, on trouve, en haut, un tissu lisse et grisâtre, dépourvu de graisse, saignant en nappe au moindre coup de bistouri qui va avec la plus grande prudence, à tout petits coups de pointe ; cette surface adhère intimement de chaque côté aux lèvres de l'incision. Craignant que ce ne soit l'intestin adhérent, on revient à la partie inférieure de la plaie. On constate, à ce niveau, quelques pelotons adipeux jaunâtres, assez gros ; mais il est difficile de se rendre compte s'ils appartiennent à l'épiploon ou à la graisse propérito-



Le trait pointillé se rapporte à la période anté-opératoire. Le trait plein indique la température après l'opération.

néale. Cette couche mince est incisée à petits coups de pointe ; profondément on aperçoit alors une petite masse d'aspect caséeux, du volume d'un pois. La sonde cannelée, portée en ce point, déchire une paroi très mince et donne immédiatement issue à du pus un peu séreux qui s'échappe avec quelques bulles gazeuses ; après l'issue d'un verre à madère de ce pus, il sort un liquide puriforme plus jaunâtre, ayant les caractères du contenu intestinal.

Le petit doigt introduit par cet orifice, reconnaît l'existence d'une poche s'enfonçant vers la fosse iliaque gauche, dépassant un peu à droite la ligne médiane et remontant jusqu'à l'ombilic où elle paraît fermée par des adhérences de l'épiploon à la paroi abdominale ; quant à sa paroi profonde, elle paraît constituée par les

anses intestinales accolées, lisses et rougeâtres, sans granulations tuberculeuses apparentes En résumé, il existe à la partie inférieure gauche de l'abdomen, une poche purulente paraissant communiquer avec l'intestin et complètement isolée du reste de la cavité péritonéale. Elle est lavée avec un litre d'eau boriquée stérilisée et bouillie, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair; un drain du volume du petit doigt est introduit dans le fond de la cavité; sutures à trois étages, les deux profonds (péritoine et muscle) à la soie, le superficiel (peau) au crin de Florence. Un fragment de la paroi de la poche est inoculé le jour même sous le péritoine d'un cobaye.

Le 25, soir. T. 37°,4, pouls 120, assez fort, respiration 40. La petite malade ne souffre pas du ventre; elle n'a pas eu de vomissements et n'est pas abattue. Le pansement est complètement traversé par un suintement jaunâtre, très abondant, contenant des grumeaux de même couleur et ayant une odeur intestinale très nette. Diète absolue. Potion avec cinq centigr. d'extrait thébaïque.

Le 26, matin: T. 37°, pouls 128. L'enfant a passé une assez bonne nuit et a reposé; elle n'accuse aucune douleur abdominale et ne vomit pas. Elle urine seule. Le pansement est encore traversé par un suintement analogue à celui de la veille. Potion de Todd avec cinq centigr. d'extrait thébaïque; bétol et salicylate de bismuth 2 gr. en deux fois. Lait. Soir: on refait le pansement qui est encore traversé.

Du 27 au 3 juillet, la température reste normale et le pouls revient à sa fréquence habituelle dès le 28. L'enfant n'éprouve aucune douleur, les coliques si vives qu'elle avait avant l'opération ont cessé complètement; l'état général est bon. Notre excellent collègue et ami, M. Michon, dans le service de qui elle se trouve, lui fait son pansement deux fois par jour; le suintement est toujours extrêmement abondant et a les caractères du contenu intestinal; il a produit un érythème considérable de la paroi, que l'on combat avec de la vaseline à l'acide borique et à l'oxyde de zinc.

L'enfant est alimentée exclusivement avec du lait et des œufs et prend toujours 3 gr. de bétol et de salicylate de bismuth.

Le 3. On raccourcit un peu le drain et on enlève les crins: la réunion primitive de la plaie est complète, malgré le suintement intestinal très abondant.

Du 4 au 13. Un drain de calibre inférieur est placé dans la plaie;

le suintement est toujours très abondant et nécessite deux pansements par jour. A deux reprises, on lui donne du bleu de méthyle, pour savoir si la fistule communique avec l'intestin, mais on n'obtient aucune coloration du suintement. On augmente l'alimentation, l'enfant prend de la viande et du pain, même médication.

Du 13 au 23. On ne fait plus qu'un pansement par 24 heures, la température reste toujours normale ; les forces reviennent, l'état général est excellent, la petite malade engraisse. Elle se lève le 23 juillet et le 1er août elle n'a dans son trajet fistuleux qu'un tout petit drain de 4 cent. de long, qui laisse écouler un liquide jaunâtre, séreux, analogue à du liquide intestinal, en quantité très faible.

14 août. La petite malade est emmenée par sa mère. Sa cicatrice a 4 centim. de longueur, arrive à 3 cent. de la symphyse et ne présente pas d'éventration ; sur sa partie moyenne se trouve l'orifice fistuleux, en cul-de-poule, admettant un tout petit drain, qui laisse écouler une sérosité jaunâtre peu abondante, tachant à peine le pansement. L'abdomen ne tombe plus en avant ; il est plutôt étalé et la saillie de la région ombilicale a disparu complètement. La peau n'est plus lisse, squameuse, elle a repris ses caractères normaux ; le réseau veineux sous-cutané a un développement à peu près normal. La mensuration donne : de l'ombilic au pubis 8 cent. 1/2 ; à l'appendice xiphoïde, 12 centim.; à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, 12 cent. 1/2 ; à l'épine correspondante gauche, 12 centim. La pression est absolument indolore, alors qu'avant l'opération, la moindre palpation suffisait pour faire crier l'enfant ; on peut actuellement saisir l'abdomen à pleines mains et le palper très profondément sans qu'elle accuse la moindre douleur. Cette palpation fait constater un vaste gâteau occupant la partie moyenne du ventre, allant du pubis presque jusqu'à l'appendice xiphoïde : ce gâteau induré commence à gauche, un peu en dehors de l'épine iliaque antérieure, pour remonter vers la première côte flottante ; à droite, il suit à peu près le bord externe du muscle droit antérieur et envoie un prolongement dans la fosse iliaque correspondante ; en bas, il descend jusqu'au pubis; en haut, il se perd au-dessus de l'ombilic. Tout ce plastron présente une surface irrégulière, noueuse, indolore, immobile sur les plans profonds, tandis que la paroi glisse facilement sur lui ; en le prenant entre les deux mains, on constate facilement son immo-

bilité absolue sur les plans profonds. Cette palpation bimanuelle fait aussi percevoir que son bord gauche est constitué par une arête vive, dure et tranchante qui doit être constituée par le grand épiploon induré et tendu comme une corde. Les flancs sont absolument souples. Dans ces recherches, on ne provoque ni gargouillements, ni froissements amidonnés. Quant à la percussion, elle donne de la sonorité partout, sauf dans les fosses iliaques et l'hypogastre où il existe de la submatité à la percussion superficielle et une sonorité normale à la percussion profonde.

La diminution de volume de l'abdomen, l'absence de reproduction du liquide, démontrent l'heureux effet de l'intervention sur l'état local ; les modifications de l'état général sont encore plus manifestes et l'enfant est presque méconnaissable.. Cette petite malade, squelettique, au facies décharné, triste et maussade, immobilisée au lit avec de violentes douleurs abdominales lui arrachant des cris et des larmes et rendant tout repos impossible, ne s'alimentant plus, vomissant sans cesse et ayant tous les soirs une température de 39° à 40°, actuellement se lève, court, joue et rit toute la journée ; sa température est normale, ses douleurs ont disparu, son appétit est excellent et ses fonctions digestives se font régulièrement. Elle pèse 20 kilogr., et a par conséquent augmenté de 4 kilogr. en un mois et demi ; la circonférence de ses cuisses mesure 20 centim., celle de ses bras 15 centim., ce qui donne une augmentation d'un bon tiers. Les ganglions carotidiens ont disparu presque complètement, ainsi que la rudesse respiratoire et la submatité du sommet du poumon gauche. En somme, à la voir ainsi engraissée, courir et jouer dans la salle, on ne pourrait supposer l'état si défectueux dans lequel elle se trouvait avant l'opération.

Novembre. L'enfant revient pour montrer sa fistule qui persiste toujours et qui donne lieu à un suitement jaunâtre peu abondant ; le stylet pénètre encore en haut et à gauche à une profondeur de 5 centimètres environ, dans une espèce de poche rétropariétale ; il permet à sa sortie l'issue d'une sérosité roussâtre chargée de petits grumeaux d'aspect caséiforme. Le ventre est partout souple et indolore ; on ne sent plus d'empâtement en aucun point.

L'état général reste excellent. La malade pèse 21 kilogr. ; elle mange avec beaucoup d'appétit, court toute la journée et demande à rentrer à l'école.

3 *février* 1892. La fistule est complètement fermée depuis trois semaines. Ventre absolument souple, sans la moindre trace d'induration, plat, indolore. Poids, 21 kilogr. 500. Circonférence ombilicale, 48 centim. 1/2. Circonférence à la partie moyenne des cuisses, 34 centim., des bras, 16 centimètres. Excellent état général. La malade va à l'école depuis un mois.

Examen bactériologique. — Inoculation : Le cobaye inoculé avec le fragment de la paroi de la poche suppurée est sacrifié le 14 août. Cet animal, très amaigri, ne présente rien d'anormal dans le tissu sous-cutané, ni dans le système ganglionnaire superficiel.

Sur le péritoine pariétal, au point d'inoculation, se trouve un noyau gros comme un pois, très induré, auquel adhère le grand épiploon; au voisinage existent deux granulations jaunes très nettes.

Les viscères abdominaux sont presque tous atteints, mais la tuberculose présente une prédominance excessivement marquée dans le foie ; on y constate de nombreux tubercules dont quelques-uns ont le volume d'une lentille. Sur la rate il existe quelques granulations grises très fines, ainsi que sur le poumon gauche.

En somme, les lésions tuberculeuses sont manifestes, mais elles prédominent dans le foie.

Il n'est pas inutile de revenir sur certaines particularités que présente cette observation. Le mode de début brusque, succédant à un traumatisme, est anormal mais la nature tuberculeuse de l'abcès nous semble bien établie par les résultats très nets des inoculations. On peut donc se demander si on n'a pas eu affaire à une péritonite tuberculeuse latente, et si le traumatisme, en rompant un intestin altéré, n'a pas donné lieu à des symptômes péritonitiques aigus que l'on a considérés comme marquant le début de la tuberculose péritonéale; l'existence de la communication préopératoire de l'intestin avec le foyer suppuré plaide en faveur de cette manière de voir.

Il faut faire remarquer encore la difficulté et même *l'impossibilité*, dans laquelle on se trouve, *de poser le diagnostic d'une péritonite tuberculeuse suppurée.* Cette petite malade avait bien de la fièvre, des douleurs très aiguës, et

des vomissements, mais ces mêmes symptômes existaient dans notre première observation où cependant le liquide intra-abdominal était franchement ascitique.

Il est inutile d'insister sur le merveilleux résultat qu'a donné la laparotomie dans ce cas. Cette enfant squelettique, avec une température de 39° et 40°, immobilisée au lit par des douleurs très violentes, s'alimentant à peine, est actuellement, huit mois après l'opération, forte, grasse et apyrétique ; elle a pu reprendre les jeux et occupations de son âge ; son ventre est indolore, souple partout et ne présente plus ces gâteaux d'induration si marqués au moment de son entrée.

Au point de vue opératoire, il faut signaler encore ici la difficulté que l'on a eue de reconnaître les plans profonds de la paroi ; la nécessité, dans laquelle on s'est trouvé, d'abandonner la partie supérieure de l'incision, de crainte de léser l'intestin adhérent et de revenir à la partie inférieure où la voie paraissait plus facile, grâce à la présence de pelotons adipeux d'apparence épiploïque. Notons, enfin, que la fistule intestinale préopératoire s'est spontanément fermée après une durée de sept mois. Cette oblitération spontanée plaide en faveur de l'abstention dans la cure de ces fistules, d'autant plus que les cas dans lesquels on a fait une tentative de restauration chirurgicale ont été malheureux. La sinuosité des trajets, les adhérences parfois nombreuses et serrées des anses intestinales entre elles et la paroi, les altérations des tuniques elles-mêmes de l'intestin, rendent compte de la difficulté opératoire et des insuccès de ces tentatives d'oblitération dans les cas de péritonites tuberculeuses (1).

Notre troisième cas est plus complexe et d'une interprétation plus délicate. Il s'agit, en effet, d'un enfant de 6 ans, que l'un de nous a observé d'abord à Trousseau, puis à Bichat

(1) Nous avons, de même, observé dans un certain nombre de cas la guérison de fistules stercorales post-opératoires après des salpingectomies, guérison tantôt spontanée, tantôt consécutive à la dilatation et au drainage temporaire de la fistule.

pendant une période de 4 mois. Ce petit garçon, a présenté, durant cet intervalle, tous les signes d'une péritonite tuberculeuse classique : Début par une période de tympanisme avec coliques et vomissements, suivie d'une période ascitique en voie de résorption, lors de son entrée à l'hôpital Bichat. Le diagnostic de péritonite bacillaire avait été posé par M. Cadet de Gassicourt et par tous ceux qui avaient examiné le malade. Nous ouvrons l'abdomen et nous ne constatons dans la région sous-ombilicale aucune granulation tuberculeuse ; il n'existait qu'un grand nombre de ganglions mésentériques, augmentés de volume, mais ne constituant pas de tumeur, il n'y avait qu'une faible quantité de liquide ascitique. Nous n'avons trouvé aucun tissu suspect que l'on put enlever pour l'inoculer ou l'examiner au microscope et démontrer la nature vraie de l'affection, en présence de laquelle nous nous trouvions. S'agissait-il réellement d'une péritonite tuberculeuse ? avait-on affaire, au contraire, à une tuberculose ganglionnaire mésentérique et, dans ce cas, y avait-il de l'entérite bacillaire ? L'examen opératoire a démontré qu'il n'y avait pas de granulations dans la région sous-ombilicale, mais nous ne pouvons pas affirmer qu'il n'existait pas de lésion de ce genre dans les parties sus-ombilicales, la péritonite localisée dans ces régions n'est, on le sait, pas rare chez l'enfant. L'existence d'une tuberculose ganglionnaire mésentérique est certaine. Certes il ne s'agissait pas de ganglions volumineux, formant des tumeurs grosses comme le poing, comme le fait s'observe souvent ; nous nous trouvions en face de cette forme, bien décrite par Barthez et Sanné, forme dans laquelle beaucoup de ganglions sont tuberculeux, mais restent isolés et petits et ne contiennent qu'un ou deux tubercules. Y avait-il de l'entérite bacillaire ? C'est loin d'être certain, car, d'après les mêmes auteurs, cette entérite spécifique n'existerait que dans les 2/3 des cas environ de phtisie mésentérique. Les troubles digestifs qu'avait le petit malade, peuvent parfaitement être expliqués par une entéro-colite simple, si fréquente chez

l'enfant. On sait, du reste, que chez lui le diagnostic d'entérite tuberculeuse est très difficile à porter, car peu de symptômes la caractérisent. La diarrhée rebelle, les douleurs au niveau des côlons pendant la digestion, sont communes à toutes les variétés d'entérite chronique, le mélæna seul, indiquant l'existence d'ulcérations intestinales, permet d'affirmer la nature bacillaire de l'affection. Nous croyons donc, que dans le cas particulier dont nous allons donner l'observation il s'agissait d'une tuberculose ganglionnaire mésentérique compliquée peut-être d'une péritonite tuberculeuse sus-ombilicale.

Observation III. — Le nommé C..., Louis, âgé de 6 ans, entre à Trousseau, le 10 décembre 1890, dans le service de notre maître M. Cadet de Gassicourt. Ses antécédents héréditaires n'offrent aucun intérêt spécial : son père est bien portant et sa mère rhumatisante ; deux sœurs ont succombé à des affections indéterminées, l'une en naissant, l'autre à 2 ans, après 3 mois de maladie. Quant à lui, il a eu de la gourme dans sa première enfance et une kérato-conjonctivite qui a persisté deux ans et dont il porte encore les vestiges ; à l'âge de 4 ans, il a eu une bronchite d'une assez courte durée, mais qui revient assez fréquemment.

Son affection actuelle a débuté dans les premiers jours de novembre insidieusement : son ventre s'est ballonné progressivement ; ses digestions sont devenues difficiles et se sont bientôt accompagnées de vomissements qui, d'abord rares, se sont ensuite répétés presque tous les soirs ; ses garde-robes sont devenues liquides ; son caractère s'est modifié : il a cessé de jouer, et est resté triste et somnolent. Le 20 novembre, a apparu de l'œdème des pieds, qui peu à peu a gagné les deux membres inférieurs en totalité.

A son entrée à Trousseau, on constate un œdème très marqué des membres inférieurs, plus léger aux mains. L'abdomen est volumineux, peu douloureux à la palpation et présente une ascite abondante, libre. L'enfant a peu d'appétit, il ne vomit pas mais il a des selles liquides, fréquentes et fétides. Il tousse légèrement, quoique l'auscultation ne révèle rien d'anormal du côté des plèvres ou du poumon ; les bruits du cœur sont normaux. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Pendant son séjour à Trousseau, du 10 décembre au 30 mars, on voit d'abord disparaître l'œdème des membres trois jours après son entrée et l'ascite dès la fin de décembre ; on assiste à deux poussées aiguës du côté de l'abdomen, d'une durée d'une huitaine avec réaction péritonéale intense : pendant ces périodes, en effet, le ventre augmentait énormément de volume, l'enfant accusait de violentes douleurs abdominales spontanées sous forme de coliques, exaspérées par la moindre pression, vomissait absolument tout ce qu'il ingérait, avait des selles liquides et très fétides, pendant que sa température oscillait entre 38° et 39°. Dans l'intervalle de ces poussées, le ventre redevenait normal, indolore, les digestions se faisaient à peu près régulièrement, et la température redescendait entre 37° et 38°. A la fin de février, l'ascite reparait, assez abondante, mais cloisonnée en apparence, et le thermomètre remonte au-dessus de 38° ; cet épanchement se résorbe lentement et l'enfant conserve un ventre volumineux, sensible à la palpation, de l'anorexie, des vomissements passagers, de la diarrhée, et un léger mouvement fébrile.

En présence de cet état qui va sans cesse en s'aggravant, M. Cadet de Gassicourt veut bien nous confier cet enfant qui entre le 30 mars dans le service de notre excellent maître M. Terrier pour y être laparotomisé.

A son entrée à Bichat, on constate un arrêt de développement et un amaigrissement extrême de l'enfant. Il a à peine la taille d'un enfant de 4 ans ; la peau des membres est flasque et ridée, squameuse ; les saillies osseuses sont partout excessivement marquées, le tissu adipeux a disparu presque complètement et les masses charnues elles-mêmes sont atrophiées ; la circonférence des cuisses à la partie moyenne ne mesure que 17 cent., celles des bras 10 centimètres. Son poids est seulement de 13 kilogr. 300. Il a perdu toute gaieté, refuse de jouer, et toujours somnolent il reste enfoui sous les draps, pelotonné en chien de fusil.

Son abdomen est uniformement saillant et tendu ; il ne présente pas de circulation veineuse collatérale notable ; il existe une éventration sus et sous-ombilicale d'un gros travers de doigt. La mensuration donne 55 c. 5 comme circonférence ombilicale ; de l'ombilic au pubis, 10 cent., à l'appendice xiphoïde 15 cent., à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite 12 cent., à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche 11 cent.

La palpation est indolore; elle ne fait reconnaître ni tumeur, ni induration profonde, ni empâtement, ni froissement péritonéal; on trouve partout une résistance élastique uniforme. On sent déborder au-dessous des fausses côtes la rate d'un demi-centimètre et le foie d'un travers de pouce environ.

La percussion dénote un tympanisme étendu presque à la totalité de l'abdomen; à droite seulement, dans le flanc et la fosse iliaque correspondante on trouve une matité très nette qui arrive jusqu'à la ligne médiane et qui se déplace fort peu lorsqu'on modifie le décubitus de l'enfant : on n'y perçoit aucune fluctuation.

L'examen de la poitrine démontre l'intégrité du cœur et de la plèvre; les poumons eux-mêmes paraissent sains, à l'exception du sommet droit où l'on constate sous la clavicule de la submatité avec une respiration un peu plus rude qu'à gauche; mais il existe des symptômes manifestes d'adénopathie trachéo-bronchique, un souffle bronchique très rude des deux côtés, plus accentué à gauche, de la matité dans la région interscapulaire et une toux sèche, fréquente survenant par quintes.

Les urines sont normales.

Dans la période préopératoire du 30 mars au 9 avril, l'enfant a eu encore une crise de douleurs abdominales très aiguës, lui arrachant sans cesse des cris, avec vomissements incoercibles et diarrhée fétide, très abondante, qui a duré trois jours. Les vomissements et les douleurs ont ensuite cessé, les selles sont restées fréquentes et liquides, l'appétit est un peu revenu et la température a oscillé entre 36°,8 et 37°,4.

On pose le diagnostic de péritonite tuberculeuse chronique avec très peu de liquide, peut-être enkysté, et on le désinfecte par des bains savonneux répétés, des pansements boriqués maintenus constamment sur l'abdomen et l'administration de paquets contenant un gramme de bétol et de salicylate de bismuth.

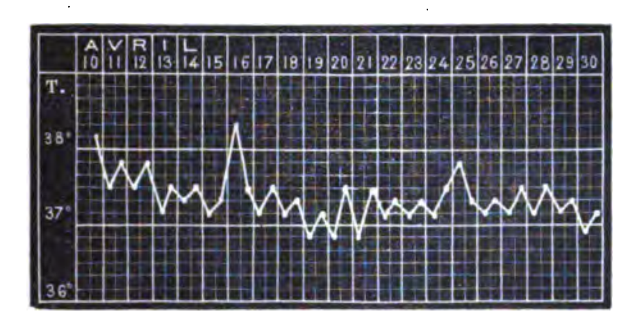
Le 9 avril, laparotomie par M. Hartmann, aidé par M. Aldibert. Une incision de 5 cent. est faite à égale distance du pubis et de l'ombilic et met à nu successivement la gaine du muscle droit et la graisse sous-péritonéale assez abondante. Le péritoine est saisi et sectionné entre deux pinces; la boutonnière est agrandie aux ciseaux sur une étendue de 4 cent. Le péritoine ne présente ni injection, ni épaississement; il est blanc pâle et a l'aspect lisse et lavé; le grand épiploon très mince et d'apparence normale se

présente au-devant de la plaie; il est refoulé avec une éponge montée. On n'aperçoit aucune granulation tuberculeuse sur le péritoine pariétal voisin de l'incision, ni sur le grand épiploon, ni sur l'intestin qui est, lui aussi, pâle, lisse et lavé. L'index introduit dans l'abdomen ne sent nulle part d'empâtement, d'adhérences, de fausses membranes, mais il rencontre un assez grand nombre de ganglions indurés et hypertrophiés dont quelques-uns ont le volume d'une noisette.

Il ne s'écoule aucun liquide au moment de l'incision péritonéale; on fait un lavage avec deux litres d'eau boriquée, stérilisée et bouillie à 4 0/0, à 37° et cette eau ressort d'abord teintée légèrement en jaune, ce qui prouve qu'il existait un peu d'ascite dans les parties déclives. Pendant cette injection, le pouls monte de 80 à 100 et 110 et revient à 80 dès que l'on cesse l'irrigation.

On suture à la soie le péritoine d'abord, puis le muscle droit et sa gaine; la peau est réunie avec du crin de Florence. Pas de drainage.

9 avril soir. Temp. : 38°. Pouls à 120, fort, régulier. Un vomissement bilieux. Urine seul une heure après l'opération. L'enfant a



d'abord accusé quelques douleurs abdominales et a essayé d'enlever son pansement; sous l'influence d'une potion avec 5 centigr. d'extrait thébaïque il est devenu tranquille et a dormi dans l'après-midi.

Le 10. Bon état; nuit très calme ; a uriné spontanément deux fois. Temp. : matin. 37°,4 ; soir, 37°,8.

Le 12. Le petit malade n'accuse aucune douleur; il est apyrétique et il demande sans cesse à manger ; il a eu hier soir une selle abondante. Suppression de l'extrait thébaïque. Lait. Potages.

Le 14. Excellent état; temp. normale. Absence complète de douleurs. Deux selles par 24 heures. Appétit vorace, crie constamment pour avoir une nourriture plus copieuse.

Le 19. Premier pansement : on enlève tous les points de suture; réunion complète par première intention. Le ventre est souple, moins volumineux, indolore partout. Absence de toute colique. La température est toujours normale ; le 16 seulement il a 38°,2, à la suite d'une indigestion par excès d'alimentation ; l'enfant, en effet, est toujours glouton et mangerait sans cesse.

Le 25. Apyrexie. Le petit malade reprend des forces; son état général est meilleur, ses joues sont plus colorées, il est moins somnolent et commence à jouer sur son lit.

Le 29. Difficile à surveiller, il a eu encore hier une indigestion et a vomi deux fois; il demande constamment à manger et dévore tout ce qu'on lui donne.

7 mai. L'enfant se lève depuis le 4 mai (il n'avait pas quitté le lit depuis le 10 décembre 1890) ; son état général est excellent, son facies est plus rose, sa figure moins émaciée.

L'abdomen est souple partout ; la submatité du flanc et de la fosse iliaque droits a disparu.

La circonférence ombilicale a diminué d'un centimètre et ne mesure que 54; la mensuration donne de l'ombilic au pubis 7 centim., à l'appendice xiphoïde 12 centim., à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche 10 1/2.

Les membres sont aussi plus gros, les cuisses mesurent 20 centim. et les bras 11 centim. Enfin, son poids est de 13 kil. 800; il a par conséquent, gagné 500 gr. en un mois.

L'amélioration porte surtout sur l'état des fonctions digestives; depuis l'opération, l'enfant dévore et digère facilement, alors que souvent auparavant il ne gardait même pas le lait ; il n'a pas non plus depuis, éprouvé ces douleurs vives, ces coliques qui duraient plusieurs jours et lui arrachaient des cris et des larmes. Enfin, la reprise de ses jeux, le retour de sa gaieté, la disparition de sa somnolence prouvent encore l'amélioration considérable que lui a valu la laparotomie. Quant à ses lésions pulmonaires et médiastines, elles ne sont en rien modifiées.

Il quitte Bichat et rentre quelques jours à Trousseau pour ensuite aller à Forges.

Examen le 31 *janvier* 1892.

Enfant fort et en bonne santé. Poids, 15 kil. 700. Circonférence ombilicale, 53; circonférence des cuisses à la partie moyenne, 25 centim.

Ventre souple, indolore, sans induration, sans ascite.

État général excellent : l'enfant joue toute la journée ; il éprouve seulement encore à l'occasion d'écarts de régime quelques coliques intestinales qui durent peu.

. . . . .

Le résultat qu'a donné la laparotomie, dans ce cas, est excellent ; cet enfant immobilisé au lit avec de violentes douleurs, se lève et court aujourd'hui toute la journée ; il ne souffre plus qu'à de rares intervalles, à la suite probablement d'une alimentation défectueuse. Nous ne voudrions pas en conclure que l'incision abdominale suivie de lavage a eu une action directe sur l'évolution de cette tuberculose ganglionnaire ; car, dans ce cas particulier, nous ne pouvons pas affirmer qu'il n'existait pas de péritonite tuberculeuse sus-ombilicale. Mais nous croyons que la laparotomie s'impose dans tous les cas analogues. D'une part, en effet cet enfant avait présenté tous les signes d'une péritonite bacillaire, d'autre part, rien ne prouve, qu'en même temps qu'une tuberculose ganglionnaire évidente il n'existait pas une péritonite sus-ombilicale cachée. En tous cas, l'enfant a bénéficié de l'intervention. C'est là, pour lui, le point important.

Tels sont les trois cas de péritonite tuberculeuse infantile que nous avons eus à traiter l'an dernier dans le service de notre maître M. F. Terrier. Les résultats de l'incision abdominale ont été favorables dans ces trois cas. Ne nous croyant toutefois pas le droit de conclure de l'étude isolée de trois faits, nous nous appuierons sur l'examen des observations antérieurement publiées, laissant toutefois de côté les opérations faites pour des accidents d'occlusion intestinale survenus au cours de la péritonite tuberculeuse.

Observations de laparotomie pour péritonite tuberculeuse chez l'enfant.

	NOM DE L'OPÉRATEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	FORME	EXAMEN HISTOLOGIQUE INOCULATION	TRAITEMENT	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
I........	**Monnier**.........	ALDIBERT, Th. 1892, p. 121.	F. 11	Ascitique aiguë.	0	Lav. phéniqué.	Mort.........	
II.......	**Treves**...........	*Lancet*, 1887, II, 918.	M. 14	Ascitique subaiguë.	0	Inj. de teinture d'iode diluée.	Amélioration..	M. au bout d'un mois de tuberc. miliaire généralisée.
III......	**Black**...........	*Brit. M. J.*, 1891, I, 648.	F. 15	*Id.*	0	?	Guérison......	?
IV.......	**O'Callagham**....	*Dublin J. of Med. Sc.* 1890, I, 472 et 585.	M. 15	*Id.*	0	Lavage eau chaude.	Guérison......	G. constatée 10 mois après.
V........	**Roosenburg**.....	ALDIBERT, *loc. cit.*, p. 123.	M. 15	*Id.*	Exam. histol.	Pas de lav...	Guérison......	G. constatée un an après.
VI.......	**Poncet**..........	PIC, Th. de Lyon...	M. 15	*Id.*	0	Lav. boriqué.	Guérison......	G. constatée 7 mois après.
VII......	**Hartmann**.......	Inédite............	M. 12	*Id.*	Inoculation..	Lav. boriqué.	Guérison......	G. constatée 10 mois après.
VIII.....	**Meinert**.....	MAURANGE, Th. de Paris, 1889.	F. 4	Ascitique généralisée	0	?	Guérison......	M. après quelques mois de méningite tuberculeuse.
IX.......	**Alexandroff**.....	*Vratch*, 1881, 165.	F. 3 ½	*Id.*	Exam. histol.	Drain. pendant 8 j.	Guérison......	Récid. ; 2e laparotomie 1 mois après. Lavage boriqué. Drainage pendant 6 jours. G.

	NOM DE L'OPÉRATEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	FORME	EXAMEN HISTOLOGIQUE INOCULATION	TRAITEMENT	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
X........	**Berger**............	ALDIBERT, *loc. cit.*, p. 133.	M. 14	Ascitique généralisée.	0	Attouchem^t avec éponge et naphtol camphré	Guérison......	Le 12e jour fistulisation de la cicatrice. Ecoulem. citrin. G. 3 sem. après, constatée 6 mois plus tard.
XI........	**Braun**............	*Berl. klin. Woch.*, 1891, 356.	?	*Id.*	0	?	Guérison......	?
XII......	**Cabot**............	*Bost. M. and. S. J.*, 1888, 121.	F. 3	*Id*	0	Drain. pendant 24 h.	Guérison......	?
XIII.....	**Ceccherelli**.......	*Soc. ital. de chir.* 1887.	M. 11	*Id.*	Exam. histol.	Lav. au thymol.	Guérison......	Récid.; 2e laparot. un mois après. G.
XIV.....	**Clarke**...........	*Brit. Med. J.*, 1887, II, 996, et *Trans. amer. Assoc. of Obstet. and Gynæc.*, 1886, 48.	F. 13	*Id.*	Bacille......	Lav. phén. 1 %.	Guérison......	G. constatée 3 mois après.
XV......	**Dorhn**...........	KUMMEL, *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, 39.	F. 4	*Id.*	0	?	Guérison......	G. constatée 1 an après.
XVI.....	**Howard Marsh**..	*Lancet*, 1887, II, 918.	F. 14	*Id.*	0	Lavage. teinture d'iode 1/1000.	Guérison......	?
XVII....	**Ruskin Hancock**	*Brit. M. J.*, 1890, II, 1479.	F. 15	*Id.*	0	L'eau bouillie. Drainage.	Guérison......	G. constatée 6 mois après.
XVIII...	**Lindner**.........	*Berl. klin. Woch.*, 1891, 1154.	G. 5	*Id.*	Exam. histol.	?	Guérison......	G. constatée 4 mois après.

	NOM DE L'OPÉRATEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	FORME	EXAMEN HISTOLOGIQUE INOCULATION	TRAITEMENT	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
XIX.....	**Domenico Morini**	*Raccoglitore med. Forli*, 1888, V, 444.	F. 13	Ascitique génér.	?	Lav. ac. salicyl. 3 %.	Guérison......	?
XX.....	**Naumann**........	*Jahrb. f. Kinderkr.* Bd XXX, Hft 1 et 2	F. 11	*Id.*	0	Lav. ac. salicyl. 3 %.	Guérison......	Fistulis. temporaire de la cicatrice. G. constatée 10 mois après.
XXI.....	**Petri**............	KUMMEL, *loc. cit*...	F. 14	*Id.*	0	?	Guérison......	G. constatée 12 ans après. Pendant ce temps poussées de tuberculoses externes multiples
XXII....	**Roosenburg**.....	*Loc. cit*...........	F. 14	*Id.*	Exam. histol.	Pas de lavage	Guérison......	G. constatée 2 ans après.
XXIII...	**Waitz**...........	*Assoc. méd. de Hambourg*, oct. 1888.	F. 5	*Id.*	0	Lav. boriqué.	Guérison......	G. constatée 7 mois après.
XXIV...	**Pinard** et **Kirmisson.**	*Ann. de gyn.*, 1891, II, 171.	F. 3	*Id.*	0	Lav. boriqué.	Guérison......	?
XXV. ...	**Mayo Robson**...	*Lancet*, 1892, I, 598.	F. 15	*Id.*	Exam. histol.	Lav. boriqué.	Guérison......	G. constatée 2 ans après.
XXVI ...	**Berger**..........	ALDIBERT, *loc. cit.*.	F. 12	Ascitique enkystée.	0	Attouchem^nt. naphtol. camphré.	Guérison......	G. constatée 7 mois après.
XXVII..	**Cabot**...........	*Bost. M. and S. J.*, 1888, 121.	F. 16	*Id.*	Exam. histol.	Drainage....	Guérison......	Fistule abdominale.
XXVIII..	**Ceccherelli**......	*Loc. cit*...........	M. 13	*Id.*	....	Lav.........	Guérison......	?

	NOM DE L'OPÉRATEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	FORME	EXAMEN HISTOLOGIQUE INOCULATION	TRAITEMENT	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
XXIX. .	**Ceccherelli**	*Loc. cit*...........	F. 8	Ascitique enkystée	Bacilles.....	Lav.........	Guérison......	?
XXX.. .	**Elliot**	*Bost. M. and S. J.*, 1888, 493.	F. 14	*Id.*	Exam. histol. bacilles.	Ni lavage, ni drain.	Guérison......	G. constatée 1 an ½ après.
XXXI...	**Lohlein**..........	*Deutsch. med. Woch.*, 1889, n° 32.	F. 15	*Id.*	Exam. histol.	Drainage....	Guérison......	Fistule.
XXXII..	**Schmidt**..........	*Centr. f. Gyn.*, août 1889.	F. 14	*Id.*	0	Lav. sublimé drain. avec gaze iodoformée.	Guérison......	G. constatée 9 mois après.
XXXIII..	**Tscherning**......	*Vratch*, 1891, 378...	M. 5	*Id.*	0	?	Guérison......	?
XXXIV..	**Tscherning**......	*Loc. cit*...........	F. 15	*Id.*	0	?	Guérison......	?
XXXV...	**Jacobs**...........	*Clinique*, 1890, 418.	F. 3½	Fibreuse sèche	0	Lavage.	Guérison......	G. constatée après 3 mois.
XXXVI..	**Keetley**..........	*Lancet*, 1890, II, 1026.	F. 16	*Id.*	0	Ni lavage, ni drain.	Guérison......	G. constatée après un an.
XXXVII.	**Schmalfuss**	Kummel, *loc. cit*...	F. 16	*Id.*	Exam. histol.	Ni lavage ni drain.	Guérison......	G. constatée après 6 mois.
XXXVIII	**Bradford**	*Bost. M. and S. J.*, 1888, 584.	M. 6	*Id.*	0	Drainage.	Guérison......	G. constatée après 5 mois.
XXXIX..	**Schmitz**	*Cent. f. Gyn.*, 1891, 437.	F. 3	*Id.*	Exam. histol.	Attouc. avec iodoforme.	Guérison......	G. constatée après 6 mois.
XL......	**Caspersohn**......	*Cent. f. Chir.*, 1890, 807.	M. 14	Ulcéreuse sèche.	Exam. histol.	Lav. sublimé	Guérison......	G. constatée après un an.

…	NOM DE L'OPÉRATEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	FORME	EXAMEN HISTOLOGIQUE INOCULATION	TRAITEMENT	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
XLI……	**Miller**…………	*Edinb. M. J.*, 1890, II, 341.	F. 10	Suppurée général.	0	Lavage acide borique. Drainage 3 jours.	Guérison……	?
XLII……	**Wright**…………	*Lancet*, 1891, I, 364.	F. 1	Suppurée enkystée.	0	Lav. Drain.	Mort le 3e jour.	—
XLIII……	**Hartmann**………	*Inédite.*	F. 9 ½	*Id.*	Inoculation.	Lavage acide borique. Drain.	Guérison……	Fistule stercorale pendant 7 mois. G. constatée après 8 mois.
XLIV……	**Hedrich**…………	*Gaz. méd. Strasbourg*, 1890, 90.	M. 7	Suppurée périombil.	Exam. histol.	Gratt., chlor. de zinc. Drain.	Guérison après contre-ouverture.	Fistule stercorale persistante après 10 mois.
XLV……	**De St-Germain**..	LAUNOIS, *France méd.*, 1882, II, 25.	F. 5	*Id.*	0	Lav. boriqué Drainage 3 semaines.	Guérison……	?
XLVI……	**Hartley**…………	*Brit. Med. J.*, 1890, I, 136.	M 2 ½	*Id.* Avec fist.	0	Grattage….	Guérison……	G. constatée après un an.
XLVII……	**Lannelongue**….	CAUSSADE, *Rev. mal. enf.*, 1888 p. 350.	M. 12	Supp. périhépat.	0	Résection du bord du thorax. Drain.	Guérison……	?
XLVIII..	**Hartmann**………	*Inédite.*	M. 6	Tubercul. mésent. ascit. minime	0	Lav. boriqué	Guérison……	G. constatée après 9 mois.

Le tableau ci-joint, outre nos trois cas personnels renferme quarante-cinq observations. Sur ces 48 enfants laparotomisés, nous trouvons 46 guérisons et 2 morts immédiates soit une mortalité de 4,16 0/0. Parmi les guérisons un certain nombre n'ont pas été suivies et ne peuvent compter que comme succès opératoires, nous les laisserons de côté. Nous ne prendrons que celles qui ont été constatées après un an et plus; dans ce dernier groupe, nous trouvons 10 cas qui étaient guéris encore un an après et trois deux ans après, soit 11 guérisons sur 46 ou environ une sur quatre qui peuvent compter comme définitives.

On peut reprocher, à cette statistique, de comprendre des cas qui peuvent n'être que des péritonites chroniques simples. Il est donc nécessaire de faire un second triage et de ne faire entrer en ligne de compte que des péritonites démontrées bacillaires par l'histologie ou des inoculations bactériologiques. Notre tableau nous donne 18 cas qui offrent ces conditions de certitude. Or sur 18 cas, nous avons 18 guérisons dont deux se maintenaient après un an, trois après un an et demi, et une après deux ans : cela fait 6 cas sur 18 ou un tiers dont la guérison peut être regardée comme assurée.

Ces chiffres se passent de commentaires; ils prouvent d'une façon éclatante que la laparotomie donne d'excellents résultats dans la péritonite tuberculeuse de l'enfant.

Comment produit-elle ses résultats? Quel est son mode d'action?

Il est encore difficile de le déterminer exactement, malgré le très grand nombre d'hypothèses qui ont été émises sur ce sujet. Pour Lauenstein, la sécheresse et la lumière étant nuisibles au bacille, la laparotomie n'agirait que par la soustraction du liquide et l'exposition du péritoine à la lumière solaire. Pour Cameron, l'action curative s'obtient en enlevant les ptomaïnes qui résultent de l'évolution du bacille, s'accumulent dans le liquide ascitique, qui résorbées favorisent la propagation de la maladie dans d'autres organes. Pour van

de Warker, le tubercule déterminerait, par sa présence, un processus phlegmasique sur la séreuse et celle-ci enflammée deviendrait ainsi un excellent terrain de culture pour le bacille ; en combattant ce processus inflammatoire, on favoriserait la régression de l'infection spécifique. Pour Vierordt, l'incision agit surtout en combattant l'ascite : elle supprime les gênes circulatoire et respiratoire et fait cesser l'influence paralysante de la séreuse enflammée sur les muscles sous-jacents, faisant ainsi cesser l'auto-intoxication qui résulte de la rétention du contenu intestinal.

Le plus grand nombre des auteurs admet que la laparotomie favorise seulement la régression et la transformation fibreuse du tubercule, par un mécanisme, il est vrai, indéterminé. Cette manière de voir paraît réellement établie, car elle est démontrée par des autopsies faites plus ou moins longtemps après la laparotomie, à la suite de morts par maladies intercurrentes. Quant au mécanisme intime par lequel se fait cette transformation, il est encore incertain. On peut cependant supposer que les adhérences généralisées et étendues qui se développent rapidement sur le péritoine après l'opération (comme le démontrent de nouvelles interventions faites peu après les premières pour des récidives), entrent pour une large part dans la formation secondaire de cette sclérose périgranulique.

La laparotomie n'agit pas seulement par la soustraction du liquide car elle est curatrice dans les formes sèches aussi bien que dans les formes ascitiques ; elle n'agit pas non plus par l'emploi des lavages ou des poudres antiseptiques, car bien des succès ont été obtenus sans ces modificateurs. Elle paraît seulement favoriser le développement d'adhérences généralisées qui, comme nous l'avons dit, doivent jouer un certain rôle dans la transformation fibreuse ultérieure que subit le tubercule.

En tous cas, quel que soit le mode d'action de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse de l'enfant, la seule que nous étudions ici, un fait est certain c'est qu'elle agit

réellement et d'une manière favorable. Faut-il se contenter de la simple incision ? Faut-il faire ensuite un lavage ? Faut-il drainer ? Autant de questions qui ne sont pas encore définitivement tranchées. Quant à nous, nous faisons suivre l'incision d'un lavage avec une solution boriquée. Ce lavage ne complique guère l'intervention et nous paraît rationnellement indiqué, car il assure l'élimination plus complète du liquide tuberculeux, fait important aujourd'hui que l'on sait que les bacilles même morts continuent à conserver une action délétère énergique (1).

Le drainage, à part le cas de péritonite suppurée, nous paraît, au contraire, contre-indiqué. Il est inutile et ne peut qu'être le point de départ d'infections secondaires, de fistules longues, etc.

Faite dans ces conditions, la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse de l'enfant nous paraît destinée à assurer la guérison de nombreux malades.

Il ne faudra toutefois pas se laisser aller à opérer toutes les péritonites tuberculeuses que l'on observera. L'intervention n'est indiquée que lorsque l'état péritonéal semble occuper une place des plus importantes dans les manifestations tuberculeuses. Cette année même, nous avons refusé d'opérer deux enfants, l'un parce que les symptômes intestinaux étaient absolument rebelles à tout traitement méthodique, l'autre parce qu'il présentait quelques jours après son entrée dans le service des signes d'angine tuberculeuse aiguë. Dans les deux cas, la mort rapide en nous permettant de constater *de visu* l'existence d'ulcérations intestinales multiples ou d'une granulie, nous a montré que l'opération était bien réellement contre-indiquée. Au contraire, la fièvre et l'état cachectique bien loin de contre-indiquer l'opération, nous paraissent dans les cas où ils sont principalement en rapport avec l'état péritonéal une indication formelle et urgente à l'intervention quelle que soit la forme de péritonite en présence de laquelle on se trouve.

---

(1) Strauss et Gamaleia. Contribution à l'étude du poison tuberculeux. *Arch. de méd. expérim.* Paris, 1er novembre 1891, t. III, p. 705.

RECHERCHES HISTOLOGIQUES SUR L'ENDOMÉTRITE PUERPÉRALE

Par **E. Bumm** (1).

Traduction par le Dr R. Labusquière.

Lorsque, dans des cas de fièvre puerpérale qui ont eu pour résultat une infection générale et une issue funeste, on s'applique à déterminer la voie qu'ont suivie les germes pathogènes, on s'accorde à reconnaître comme porte d'entrée: l'*endométrium*.

Widal (2) a pu, dans 12 cas de septicémie puerpérale terminés par la mort, constater que 12 fois les germes étaient partis de l'endométrium que, pour ce fait, il dénomme *la porte d'entrée de l'infection*. De mon côté, dans 5 observations où il m'a été donné de me livrer sur les cadavres à des recherches minutieuses, j'ai fait les mêmes constatations. Dans tous les cas, l'endométrium m'a paru être le point spécial d'où était partie l'infection générale. A la rigueur, il ne sort rien de neuf de ces constatations; toutefois, ces notions histologiques exactes viennent fortifier l'opinion admise que l'*endométrite est la compagne habituelle de la septicémie puerpérale et qu'elle comporte de grands dangers*. Fristch a, dans ces derniers temps, donné à cette notion une sanction pratique, par le fait qu'il conseille de débuter toujours, dans les cas de fièvre vive au commencement des suites de couches, par une irrigation intra-utérine (3).

L'importance capitale que possède, au point de vue de la généralisation de l'infection, la plaie de l'utérus puerpéral,

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1891. Bd XL. Hft 3, p. 398.

(2) *Etude sur l'infection puerpérale*. Th. de Paris, 1889.

(3) *Verhandl. der gynäkolog. Section des X internat. Congress zu Berlin*, 1890.

n'exclut pas cependant la possibilité de l'infection par une autre voie. De même que n'importe quelle solution de continuité à la surface du corps, les lésions, les plaies situées sur une région quelconque des voies génitales (périnée, vagin...), peuvent aussi être le point de départ d'un érysipèle, d'une infection générale. Mais, ordinairement, les processus développés au niveau du périnée, du vagin restent circonscrits dans ces régions. Lorsque le virus ne s'élève pas jusqu'à l'endométrium, les processus puerpéraux guérissent après avoir déterminé une réaction fébrile plus ou moins vive. Et même, dans les cas où la propagation s'est effectuée jusqu'à la cavité utérine, dans lesquels s'est déclarée une septicémie générale, les plaies des régions profondes, de mauvais aspect et qui manquent rarement, n'ont la plupart du temps qu'une importance locale. On trouve à la vérité dans les débris nécrotiques des plaies du vagin et du périnée, indépendamment de germes extrêmement nombreux, de véritables streptocoques, mais ils ne dépassent pas les limites des solutions de continuité et ne pénètrent pas dans les tissus environnants.

En ce qui concerne les voies suivant lesquelles les germes de l'infection, parties de l'endométrium, se portent plus loin et finissent par envahir l'organisme tout entier, on était déjà renseigné à une époque où l'on ignorait les véhicules spéciaux de l'infection : *les bactéries*. Nous connaissons depuis longtemps le développement dans les parois de l'utérus de thromboses suppurées, qui conduisent le virus septique directement dans le sang et donnent lieu à la forme classique de la pyémie puerpérale. On connaissait aussi les suppurations développées dans les espaces lymphatiques, qui propagent l'infection au paramétrium et au péritoine : *infection par les vaisseaux sanguins*, *infection par les vaisseaux lymphatiques*, telle était la notion ancienne qu'on trouve exposée dans tout traité d'accouchement, et qui manifestement est exacte, car, il est difficile d'entrevoir une troisième voie de l'infection.

Les perfectionnements considérables apportés dans la

technique microscopique nous permettent de reprendre ces notions générales, et de suivre de très près les processus délicats qui évoluent à l'occasion de la nidation et de la diffusion des micro-organismes dans le tissu utérin. Or, il ne faut pas croire que les recherches ont été souvent orientées dans ce sens. Abstraction faite de quelques remarques de Léopold (1), de Winckel (2), et de son disciple Hartmann (3), nous n'avons trouvé des notions précises sur l'état des microbes septiques dans le tissu de l'utérus puerpéral que dans le travail déjà cité de Widal (4). Et cependant, il nous importe beaucoup non seulement dans un sens spéculatif, mais à un point de vue éminemment pratique, d'être renseignés sur ce sujet. *La base de notre thérapeutique locale dans l'endométrite c'est le traitement de l'endométrium, et celui-ci repose essentiellement sur les idées que nous nous faisons de la nidation et de la pénétration des germes dans l'endométrium. Plus exactes et plus précises seront ces idées et plus aussi sera efficace notre action thérapeutique.*

II. — Formes de la maladie

Jusqu'ici, c'est en se basant surtout sur les modifications anatomiques, qu'on a décrit plusieurs formes de l'endométrite puerpérale (suppurée, croupale, diphtérique, putride, etc.), mais je crois qu'il est préférable, à l'exemple de Kehrer de baser cette classification sur les notions étiologiques. La classification devient alors très simple : A) *endométrite putride;* B) *endométrite septique.*

A) — *Endométrite putride.*

Sous cette étiquette, dans l'état actuel de nos connaissances, on range ces formes d'endométrite puerpérale dans

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1877, Bd XX, S. 16.

(2) *Verhand. der deutsch. Gesells. f. Gyn. Congress*, 1886, S. 78.

(3) *Arch. f. Hygien.*, 1887, Bd VII.

(4) *Loc. cit.*

lesquelles — qu'il y ait ou non rétention de débris ovulaires — survient, sous l'influence de germes saprophytes, une décomposition de la caduque, mais sans qu'il y ait intervention de germes septiques. La décomposition peut intéresser seulement les couches superficielles de la caduque qui, les conditions étant physiologiques, sont expulsées sans avoir subi de travail de putréfaction ; mais, elle peut aussi s'étendre plus profondément. Les substances chimiques, produits de la putréfaction, résorbées dans la cavité utérine causent la fièvre et les autres symptômes de l'intoxication putride.

Nous ne nous occuperons pas dans ce travail de l'origine ou de la nature des germes de la putréfaction. Il s'agit toujours d'un mélange de bactéries, bacilles et coccus, qu'on peut ensemencer en grand nombre en utilisant les lochies fétides, mais dont l'étude exacte exige beaucoup de travail et de temps. Ils déterminent par leur développement sur des milieux nutritifs contenant des albuminoïdes tantôt de la putréfaction, tantôt des substances toxiques sans fétidité.

Il semble ressortir de l'observation clinique que les cas d'endométrite putride ne sont nullement rares. Et cependant, les recherches bactériologiques rigoureuses nous enseignent le contraire. En effet, dans la très grande majorité des endométrites après des avortements ou des accouchements survenus à terme, et qu'en raison de la fétidité des lochies et de la chute rapide de la fièvre après le curettage de la cavité utérine, on étiquette facilement endométrites putrides, on trouve, indépendamment des germes de la putréfaction, des micro-organismes septiques, ainsi des streptocoques, des staphylocoques pyogènes : somme toute, il s'agit alors de formes mixtes, d'endométrite septique et putride. Sur 11 cas d'endométrite, en apparence purement putride, je n'ai vu que dans 3 les germes pathogènes ne pas se développer. Et encore, même vis à vis de ces 3 faits négatifs, n'ai-je pas de certitude absolue, par la raison que je ne disposais que d'une très petite quantité de substance putride pour l'ensemencement.

Altérations histologiques. — La couche superficielle de la caduque est semée de nombreux organismes, bâtonnets, longs filaments, coccus de toutes dimensions. Ils sont souvent développés en colonies, qui couvrent complètement la substance fondamentale de la caduque. Aussi loin que les champignons pénètrent, et 0,1 millim. au delà, le tissu est frappé de *nécrose*, de dégénérescence vitreuse, trouble. Les noyaux ne se colorent plus. A cette zone, qui déjà, à l'œil nu, apparaît comme la couche interne graisseuse, décolorée de l'utérus, fait suite une *zone d'infiltration cellulaire.* Petites cellules, qui n'ont aucun rapport avec les éléments stables de la caduque, et qui, par tout leur aspect, se présentent comme des corpuscules sanguins décolorés, extravasés. Formant une couche épaisse de 0,3 à 0,5 millim., elles sont si intimement accolées les unes aux autres, qu'il ne reste presque plus rien de visible de la substance fondamentale. L'infiltration cellulaire cesse au niveau de la musculeuse. Ses faisceaux les plus superficiels sont bien çà et là dissociés encore par des amas de cellules, mais bientôt les lamelles musculaires reprennent leur aspect normal et leur disposition régulière.

Les micro-organismes ne pénètrent pas dans la couche de granulation, zone de réaction. — Il n'est pas douteux que l'infiltration de cellules rondes doit être considérée comme une sorte de réaction de l'organisme qui, ici, comme partout ailleurs, oppose aux germes une paroi granuleuse séparant ce qui est mort de ce qui est vivant, et écartant le danger (1).

(1) Il eût été intéressant, remarque l'auteur, de poursuivre l'état des germes de la putréfaction au niveau de l'insertion placentaire. On doit admettre que la masse, qui subit le processus de thrombose, aussi longtemps qu'elle ne s'est pas organisée, renferme des tissus morts ou profondément atteints dans leur vitalité, et qu'elle ne crée pas en conséquence un obstacle au développement des germes de la putréfaction. Survient-il dans l'endométrite putride une décomposition putride des éléments des thrombus au niveau de l'aire placentaire ? Faut-il chercher dans cette hypothèse la raison des élévations subites de la température et des frissons qui offrent une si grande analogie avec les phénomènes observés à la suite de l'injection de solutions

B) — *Endométrite septique.*

On désigne sous ce nom les cas d'endométrite puerpérale dans lesquels les microbes de la septicémie humaine ont élu domicile sur ou dans la caduque.

L'aspect anatomique, grossier de la muqueuse infectée varie beaucoup suivant les cas.

Dans les cas légers, on ne constate sur les fragments de muqueuse obtenus par le curettage rien de spécial, ou bien sa couche superficielle est légèrement jaunâtre, couverte de pus. Même dans les cas graves, les altérations de l'endométrium peuvent, à l'œil nu, ne pas paraître très étendues, tandis que, sous le champ du microscope, il apparaîtra comme farci de streptocoques. Souvent, dans les infections graves, il se forme des dépôts membraneux, ou bien le revêtement muqueux de la cavité utérine se trouve totalement transformé en une masse graisseuse, mal colorée, qui se laisse facilement détacher au bistouri de la musculeuse sous-jacente. Dans ces derniers cas, on constate la présence simultanée de nombreux germes de la putréfaction. Toutefois, si grandes que soient les différences, quand on les envisage au point de vue étiologique, les endométrites suppurées, croupales, putrides rentrent dans le même groupe, ce sont les diverses modalités cliniques de l'endométrite septique.

Mais c'est le streptocoque qu'on rencontre, de beaucoup le plus souvent, dans l'endométrite septique puerpérale. Cette proposition dont Czerniewski (1) a démontré l'exactitude pour les maternités, mes observations la démontrent également vraie quand il s'agit de la pratique privée. Parfois, indépendamment du streptocoque, on trouve les staphylocoques pyogènes, particulièrement le doré. *Je n'ai vu que deux fois des staphylocoques, seuls.* Il s'agissait de cas à évolution

putrides dans les veines des animaux en expérience ? C'est là un point que, faute de matériaux, l'auteur n'a pu élucider.

(1) Zur Frage der puerperalen Erkrankungen. *Arch. f. Gyn.*, B. XXXVIII, p. 73.

bénigne, ce qui concorde avec les données de Fehling (1) que les staphylocoques ne se rencontrent que dans les cas légers. Que le staphylocoque doré puisse cependant donner lieu à une infection générale mortelle, le fait n'en reste pas moins démontré par les observations de Brieger (2).

Czerniewski a trouvé le streptocoque seul dans 35 cas non terminés par la mort, et associé à d'autres espèces de bactéries dans 13. Je suis arrivé dans la pratique privée, où d'ailleurs les conditions de recherches sont beaucoup plus défavorables, à des résultats un peu différents. Je n'ai obtenu que dans 5 cas (dont 3 d'infection générale mortelle) des cultures pures de streptocoques. Dans 12 observations, les cultures sur plaques donnèrent, outre le streptocoque, quelques rares staphylocoques. Dans 8 cas, les germes de la putréfaction étaient en nombre extrêmement grand (forme mixte d'endométrite putride et septique). Deux se terminèrent par pénétration des streptocoques dans les veines thrombosées avec pyémie mortelle, consécutive.

a) *Endométrite septique localisée.*

Altérations histologiques des cas où l'infection septique se cantonne sur l'endométrium. — Si l'on pratique des coupes sur des fragments de muqueuse obtenus par le curettage dans des cas d'endométrite septique localisée, et qu'on traite les coupes obtenues par des méthodes qui permettent d'étudier en même temps l'état des tissus et celui des micro-organismes, on obtient des aspects histologiques qui ressemblent à ceux de l'endométrite putride. La couche la plus superficielle de la caduque est également semée de bactéries, et, au voisinage de la pullulation bactérienne, et même un peu au delà, en état de nécrose.

Indépendamment des germes de la putréfaction, plus ou moins nombreux suivant les cas, on aperçoit les formes

(1) *Die Physiol. u. Path. des Wochenb.*, 1890, p. 85.

(2) *Charité-Annalen.* XIII Jahrgang, p. 198.

caractéristiques des coccus en chaînette. Sur la préparation, la zone de l'invasion bactérienne ne s'accuse souvent que sous la forme d'un fin ourlet, coloré en bleu. Dans les points, où par le décollement des membranes, est restée une portion plus considérable de caduque, la zone nécrotique est plus épaisse. Tout le tissu trabéculaire de la zone spongieuse de la caduque est en certains points le siège de l'invasion bactérienne, et participe à la nécrose ; il se présente alors sous forme de débris villeux, opaques, qui sont farcis de microbes.

A la zone qui correspond à la pullulation bactérienne fait suite, aussi dans l'endométrite septique, localisée à l'endométrium, une *zone de réaction, d'infiltration de cellules rondes*. Suivant toutes les courbures, toutes les inflexions de la couche nécrotique, elle peut atteindre une épaisseur de 6 millim., et affecter les couches les plus profondes de la caduque et les plus superficielles de la musculeuse. Cette infiltration cellulaire varie beaucoup comme étendue sur les différents points d'une même préparation, mais, en général, elle est d'autant plus complète que le processus est plus ancien.

Les bactéries ne pénètrent pas dans la couche de granulation formée. Cette couche joue le rôle d'une barrière de protection contre les streptocoques, comme contre les germes de la putréfaction. Il faut donc attribuer la fièvre observée dans les cas d'endométrite septique, circonscrite, à la résorption de substances chimiques fabriquées au niveau de la couche nécrotique par les streptocoques ou les staphylocoques.

Par quel mécanisme, dans cette forme de l'endométrite puerpérale, s'opère la guérison, je n'ai pu le découvrir sur les préparations. Il est probable qu'après avoir empêché l'invasion plus profonde des germes septiques, et permis aux tissus frappés de nécrose de se séparer pour s'éliminer avec les lochies, la paroi granuleuse rétrocède, et que la régénération s'accomplit aux dépens de ce qu'il restait du stroma. Le revêtement épithélial se reconstitue sans doute à l'aide

des restes de cellules épithéliales qu'on retrouve dans les points profonds de la muqueuse infectée, et qui sont assez souvent bien conservées. *(A suivre.)*

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 *avril* 1892.

Présentations. — CHARPENTIER. 1) **Œuf de six semaines expulsé dans son entier**, à la suite d'une injection intra-utérine antiseptique que s'était administrée la femme elle-même.

2) **Exemple de dégénérescence fibro-graisseuse du placenta**, provenant de l'accouchement d'un fœtus mort-né de 3 mois, retenu depuis le même temps dans la cavité utérine.

· MAYGRIER. **Placenta pesant 680 gr. et présentant au niveau de l'insertion du cordon une ectasie de la veine ombilicale du volume d'un œuf de pigeon, l'enfant ne pesait à sa naissance que 1780 gr.** — A l'occasion de ce fait, l'auteur formule les conclusions suivantes : 1) il y a une évidente disproportion entre le fœtus et le placenta ; le premier ne pesait que 1780 gr., alors que le second a le volume et les dimensions du placenta à terme, le fait a par lui-même une certaine importance au point de vue médico-légal.

2° Le fœtus, bien que petit, est vivace et présente certains des caractères d'un fœtus arrivé près du terme, l'ossification de son crâne en particulier. L'époque exacte du début de la grossesse n'ayant pu être déterminée, on peut se demander si cet enfant n'est pas plus avancé en âge que son poids ne semble l'indiquer.

Ajoutons qu'il n'a nullement souffert depuis sa naissance. Il tette vigoureusement et augmente chaque jour de poids.

3° Dans ces conditions, n'y a-t-il pas lieu de penser que le développement du fœtus a pu être entravé par la gêne circulatoire consécutive à l'ectasie veineuse située sur le trajet de la veine ombilicale ? Nous posons la question sans la résoudre, mais cette hypothèse nous paraît vraisemblable.

POITOU-DUPLESSY. — 1) **Présentation de la face. Position mento-postérieure persistante.** — X..., primipare, 32 ans, présentation de la face en M. I. G. P. L'auteur a été appelé à intervenir une quarantaine d'heures après le début du travail. Les eaux étaient écoulées depuis plusieurs heures. Il dut faire 2 applications successives de forceps, entre lesquelles il laissa un intervalle assez long. Par la première application, la petite courbure de l'instrument étant dirigée vers la cuisse droite de la parturiente, il transforma la position en mento-transversale, puis termina par une seconde application, la petite courbure du forceps regardant cette fois vers la cuisse gauche. L'auteur insiste sur ce point, qu'*il a procédé avec une lenteur extrême et avec de grands intervalles de repos*. Ce qui lui a été possible surtout à cause de l'anesthésie obtenue et pour laquelle il emploie une méthode spéciale.

2) **Nouveau procédé d'anesthésie mixte.** — Cette méthode que l'auteur applique avec avantages, depuis deux ans, consiste dans l'emploi successif de deux anesthésiques différents : *a*) le bromure d'éthyle ; *b*) le chloroforme.

Verser sur le cornet (1) extérieur modifié, le bromure d'éthyle assez largement (*bien que goutte à goutte*). Faire reposer pendant 2 à 5 minutes. Dès que la malade commence à perdre (*sans excitation*) le sentiment des choses extérieures, substituer le chloroforme, versé sur le même cornet, d'une façon méthodique (10 à 15 gouttes par 1/4 de minute). On obtient assez vite l'anesthésie, quelquefois directement, quelquefois en traversant une période d'excitation *très modérée* et *très courte*.

Bientôt on a la résolution musculaire complète, l'abolition des réflexes (réflexes palpébral, cornéen, etc.), et il ne reste plus qu'à entretenir cette anesthésie, en versant sur le cornet quelques gouttes de chloroforme, en moyenne 5 à 6 par 1/4 de minute (= 1/3 à 1/2 centim. cube par minute) (2).

Discussion. — CHAMPIONNIÈRE a exposé et abandonné comme dangereux les procédés complexes d'anesthésie. Bien que très disposé à expérimenter la méthode de M. Poitou-Duplessy, il estime que l'exposé théorique invoqué est très attaquable. De sa vie, il

(1) Le cornet employé, c'est le cornet de la marine légèrement modifié.

(2) L'auteur a fait précéder cette description de sa méthode de l'exposition des dangers associés à la méthode ordinaire de l'anesthésie chloroformique ainsi que des procédés divers imaginés pour les prévenir.

n'a observé la syncope cardiaque que l'auteur vise particulièrement, et, d'accord avec Vulpian, il ne croit qu'à la réalité de la syncope respiratoire. En ce qui concerne le bromure d'éthyle, il l'a essayé, et cet anesthésique lui a paru irritant pour la muqueuse respiratoire. A raison de 40 gouttes de chloroforme pour établir l'anesthésie et de 20 gouttes pour l'obtenir, Poitou-Duplessy dépense 80 grammes de chloroforme à l'heure, c'est-à-dire une dose supérieure à celle de l'anesthésie courante. PAJOT a, depuis 50 ans, appliqué ou fait appliquer le chloroforme aux femmes enceintes ou en travail plusieurs centaines de fois. Il emploie le cornet de la marine en recommandant de ne pas l'appuyer sur la face de façon à largement assurer l'accès de l'air. Dès que l'anesthésie est produite, il fait supprimer l'appareil jusqu'à ce que la femme indique par un grognement qu'elle va se réveiller. Il fait donner le chloroforme à la manière de Simpson, commençant par d'assez fortes doses qui suppriment la période d'excitation et continuant par des doses faibles. En suivant ces préceptes, il n'a eu d'accidents qu'une fois pour une intervention qui ne regardait pas l'obstétrique, encore l'accident se borna-t-il à une simple alerte. POITOU-DUPLESSY tout en reconnaisssant que la syncope respiratoire est la plus fréquente, persiste à croire à la réalité de la syncope cardiaque, accident du début de l'anesthésie. Il est convaincu que le bromure d'éthyle n'a pas seulement pour effet de prévenir les accidents graves de l'anesthésie, mais qu'il diminue les vomissements pendant et après l'opération ; qu'en somme avec cet agent, l'anesthésie est plus rapide, plus facile et d'excitation moindre.

LOVIOT. — 1) **Accouchement gémellaire artificiel à 5 mois, 5 mois 1/2 de grossesse environ chez une primipare de 40 ans. Premier fœtus se présentant par l'épaule profondément engagée dans le vagin, le second mobile et sans présentation. Double version podalique. Enfants du même sexe (deux garçons) ayant survécu, l'un deux heures, l'autre quarante-huit heures. Arrière-faix complètement distincts. Expulsion du placenta et des membranes du premier œuf, le second était encore intact.**

2) **Accouchement gémellaire artificiel à 8 mois 1/2 environ de grossesse chez une secondipare. Fœtus mobiles sans présentation. Double version podalique. Garçon et fille vivants. Poids total des enfants 3,150 grammes, le garçon pesant 125 grammes de plus que la fille. Masse placentaire unique sans pont membraneux. Enfants élevés au**

sein, la fille par la mère, le garçon par une nourrice. Cloisonnement constitué par 4 feuillets.

L'auteur a relaté ces 2 faits d'accouchement gémellaire artificiel surtout en raison de la disposition des arrière-faix et du sexe des enfants. Dans le premier cas, arrière-faix entièrement distinct, 2 garçons; dans le second, masse placentaire unique, cloison à 4 feuillets, fille et garçon. Mais la masse placentaire unique à l'œil nu n'implique pas l'existence d'une circulation commune et il est très vraisemblable, vu la cloison complète, qu'il n'y a qu'accolement des 2 œufs. L'auteur regrette de ne pas s'en être assuré en injectant les 2 cordons. Dans les deux faits, très probablement, deux ovules appartenant à deux vésicules distinctes du même ovaire (ce qui est le plus ordinaire) ayant été fécondées, les œufs auxquels elles ont donné naissance sont restés en simple relation de voisinage dans le premier cas, tandis qu'ils se sont juxtaposés très intimement dans le second.

Ces dispositions en apparence très différentes des deux arrière-faix ne constituent en réalité que des nuances et relèvent de la même cause. Deux vésicules de Graaf appartenant à un seul ovaire, arrivent simultanément à maturité, subissent leur évolution et laissent échapper chacun un ovule, total : deux ovules.

Conséquemment il n'y a aucune relation à établir, dans l'espèce, entre le sexe des enfants et la disposition des œufs, les deux œufs séparés auraient pu contenir des fœtus de sexe différent et les œufs accolés des fœtus du même sexe comme cela s'est vu en maintes circonstances.

3) **Septicémie générale consécutive à la rétention d'un fœtus putréfié. Physométrie. Tête fœtale spontanément expulsée, tronc retenu. Décollation extra-vulvaire. Dégagement artificiel des deux bras. Extraction du fœtus. Mort de la femme.** — Quand l'auteur fut appelé la situation était déjà perdue. L'œuf était ouvert depuis plusieurs jours, le fœtus mort et putréfié. La parturiente, primipare de 25 ans, avait une fièvre vive, de la dyspnée..... la tête fœtale était expulsée, le tronc retenu. Il fallut pratiquer d'abord la section du cou pour pouvoir aller saisir et dégager les deux bras afin de diminuer le volume des épaules et avoir une prise solide pour exercer des tractions méthodiques. Malgré les soins antiseptiques rigoureusement donnés au cours de cette intervention laborieuse, la mort par septicémie survint en quelques heures.

4) **O.I.D.P. chez une primipare à terme. Réduction manuelle. Application de forceps. Enfant vivant, fille de 3,975 grammes. Fluxion bimammaire très intense chez le nouveau-né, résolution.**

5) **Extraction manuelle d'un arrière-faix retenu depuis 27 heures et en voie de putréfaction. Septicémie commençante. Guérison.** — L'observation montre que la putréfaction de l'arrière-faix peut commencer à se produire et à faire sentir ses effets moins de 24 heures après l'expulsion du fœtus et qu'une antisepsie relative et incomplète est impuissante à la conjurer; d'autre part, qu'une trop longue temporisation est illogigue et dangereuse, la délivrance ou l'extraction artificielle devant être pratiquée beaucoup plus tôt.

6) **Application de forceps ayant sauvé la vie à sept personnes, l'accoucheur y compris.** — L'auteur n'a pas cru nécessaire de préciser s'il s'était servi d'un forceps ordinaire ou d'un forceps à tractions suivant l'axe. Il eût peut-être fourni un argument original à l'un des partis irréconciliables de ces 2 espèces de forceps. En réalité, le secret du titre singulier de cette observation réside dans le fait que l'auteur, malgré les résistances d'une parturiente, dégagea avec le forceps une tête qui, depuis deux heures, était sur le périnée. Or, cette extraction a permis de quitter et de faire quitter à la femme l'endroit où s'était effectué l'accouchement, endroit qui fut peu après particulièrement mis à mal par une explosion de dynamite. « *Tout est bien qui finit bien !* » R. L.

REVUE ANALYTIQUE

I. — ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

Hydrocèle de la femme. (Ueber hydrocele muliebris), W. WECHSELMANN. *Arch. f. klin. Chir.*, 1890, t. XLIII, fasc. 3, p. 578.

A l'occasion de deux faits opérés par Madelung, l'auteur passe en revue les observations anciennement publiées sous le nom d'hydrocèle chez la femme, et dues à l'accumulation de liquide dans le canal de Nuck imparfaitement oblitéré. Il réunit ainsi 61 cas. A ce propos il montre que, malgré la thèse relativement récente de Rabère, les investigations anatomiques modernes n'ont pas confirmé celles qui, en 1865, avaient conduit S. Duplay à nier

l'existence du canal de Nuck. Il termine par une étude clinique et thérapeutique de ces hydrocèles, dont l'extirpation antiseptique est le meilleur traitement.

A. B.

Hémorrhagie mortelle par varices vulvaires. (Tœdtliche Blutung bei einer Hochschwangeren aus einem varix der vulva, sectio cæsarea post mortem), NAHMMACHER. *Berl. klin. Woch.*, 1890, nº 42, p. 968.

Observation d'une femme de 35 ans, VI pare qui, lavant du linge, tomba sans que l'on sache comment, et qui mourut d'hémorrhagie génitale, en moins d'une heure, au dernier mois de sa grossesse. Nahmmacher pensa à une hémorrhagie utérine, peut-être par placenta prævia, mais la malade mourut entre ses mains 5 à 6 minutes après son arrivée. Il fit alors avec la plus grande rapidité possible l'opération césarienne, mais l'enfant était mort. Il eut après cela le loisir de chercher la source du sang; il la trouva dans une plaie d'une grosse varice vulvaire. Il croit à une lésion traumatique que la femme se serait faite au moment de la chute, en tombant probablement sur un pieu.

A. B.

Hémorrhagie des organes génitaux. (Pudendal hæmorrhage), F. FLINTERMANN. *Medical Standard.* Chicago, août 1889, p. 41.

Cet article traite des hémorrhagies venant des organes génitaux externes : elles sont graves en raison du tissu érectile qui leur donne naissance ; et leur véritable origine est souvent méconnue, malade et médecin les prenant pour des hémorrhagies utérines. Elles reconnaissent comme étiologie les manœuvres obstétricales, une chute sur le périnée, un coït intempestif, etc... Aussi l'auteur conseille-t-il dans tous les cas douteux de se rendre compte *de visu* de la provenance de l'écoulement sanguin. P. N.

Hémorrhagie vulvaire ou vaginale chez le nouveau-né. (Vulvar or vaginal hemorrhage in the newly-born), par S. BUSCY, de Washington. *Amer. J. of Obst.*, 1891, p. 495.

La variété la plus fréquente, est la sueur hematica précoce. La seconde variété est constituée par des pertes irrégulières, ne se reproduisant plus au delà du dix-huitième mois et ne s'accompagnant d'aucun attribut de la puberté. La troisième est caractéri-

sée par une hémorrhagie réellement vulvaire ou vaginale qui ne se produit pas après le premier mois.

L'auteur rapporte un cas de cette dernière variété, il en a déjà cité un, en 1874, dans l'*Am. Journ. of Obs.*, vol. VI, p. 46.

L'enfant qui fait le sujet de la dernière observation vint au monde asphyxié, présenta au cinquième jour une hémorrhagie vulvaire, qui dura quelques heures. Buscy fit faire des applications d'alun et administrer deux gouttes de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, toutes les 4 heures. Elle se remit parfaitement.

L'auteur attribue cet accident à la faiblesse de l'enfant, né avec des circulaires autour du cou.

L'auteur cite le travail de Puech, publié dans la *Gazette obstétricale.* A. C.

Deux cas d'hématome vulvo-vaginal. (Ematoma vulvo-vaginale, due casi), par DECIO. *Annali di Ostet. e Ginec.* Milano, févr. 1890, p. 103.

Dans la première observation l'accouchement fut très rapide, l'enfant vint par la tête; chez la deuxième femme également primipare, l'enfant se présenta par les fesses et le travail fut très long. Dans les deux cas pas de traces de varices. L'auteur pense que celles-ci ne jouent pas toujours un rôle capital. Ainsi dans l'accouchement précipité la distension du périnée étant trop rapide, un de ses vaisseaux peut se rompre; de même dans le cas d'accouchement prolongé le simple arrêt circulatoire suffit évidemment pour déterminer la rupture d'un vaisseau sans varices préalables. Hervieux, Porret, Dubois et Laborie ont cité des faits analogues.

P. MAUCLAIRE.

Éléphantiasis du clitoris et fistule vésico-vaginale de cause non traumatique chez une femme syphilitique. (Elefantiasi del clitoride e fistola vesico vaginale da causa non traumatica in donna sifilitica), par LAURO. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, mars 1890, p. 194.

Les causes invoquées pour expliquer l'hypertrophie du clitoris sont très nombreuses : un vice de conformation, l'onanisme, l'abus du coït, la syphilis et l'éléphantiasis. Dans l'observation qu'il rapporte, Lauro fait intervenir des ulcérations répétées, des blennorrhagies fréquentes, la syphilis, les excès de coït, l'onanis-

me, etc., avoués par la malade. La clitoridectomie fut faite au bistouri et la guérison fut rapide. P. MAUCLAIRE.

Lupus hypertrophique et perforant de la vulve. H. HŒBERLIN. *Archiv. f. Gyn.*, Bd XXXVII, Hft 1, p. 16.

Hœberlin donne d'abord l'observation d'une jeune femme de 27 ans. Il faut lire dans l'original le détail des lésions étendues qui avaient envahi vite la vulve, le périnée et le rectum. Une partie de la tumeur fut enlevée pour être examinée histologiquement. On y a trouvé un tissu de granulation assez semblable à celui des gommes syphilitiques, mais ni bacille, ni follicule tuberculeux. La marche de cette affection rare est très lente. Le pronostic au point de vue de la guérison est très défavorable. Le seul traitement efficace, c'est l'ablation ou la cautérisation de tout le mal; mais, il n'est pas toujours applicable. P. DELBET.

Recherches cliniques et histologiques sur le lupus de la vulve. (Klinische und histologische Untersuchungen über Lupus vulvæ), VIATTE. *Arch. f. Gyn.*, Bd XL, Hft 3, p. 474, et *Cent. f. Gyn.*, 1872, nº 2, p. 47.

L'auteur décrit minutieusement 2 cas de lupus vulvaire. Dans le 1er cas, existaient au niveau de la vulve 3 ulcères qui détruisaient en profondeur les tissus du voisinage et avaient créé des trajets fistuleux. A la périphérie des ulcères, et en des points plus éloignés, se voyaient des hypertrophies cutanées polypiformes. Le diagnostic de « *lupus vulvaire* » fut confirmé par l'examen microscopique : les polypes étaient constitués par du tissu connectif œdémateux, finement fasciculé, riche en vaisseaux avec des proliférations cellulaires périvasculaires; mais il ne contenait ni cellules géantes, ni foyers caséeux, ni bacille de la tuberculose. Par contre, les ulcères renfermaient le bacille pathognomonique. Le cas 2 était absolument semblable, si ce n'est que le bacille en question faisait défaut dans les ulcères. Pas de syphilis à invoquer. Dans les 2 cas, l'évolution de l'infection fut la même : opérations répétées, raclage, cautérisation, extirpation, excision, mais toujours avec un résultat passager, récidive constante.

Les injections avec la tuberculine de Koch provoquèrent la réaction connue dans l'un des cas, mais pas dans l'autre. Elles n'amenèrent pas la guérison. R. L.

Épithélioma primitif de la grande lèvre droite chez une femme syphilitique âgée de 46 ans. Ablation au thermocautère. A. BELLENGHIEN. *Journal des sciences médicales de Lille*, n° 30, p. 85.

Ces tumeurs seraient plus fréquentes qu'on ne le croit puisque le Dr Maurel a pu en rapporter 35 exemples dans sa thèse de 1888.

Le siège du néoplasme était ici à droite contrairement aux cas observés. La glande de Bartholin souvent incriminée doit être mise hors de cause dans ce cas, car il s'agissait d'un épithélioma à globes épidermiques qui peut bien se développer aux dépens de la peau ou d'une muqueuse, mais jamais aux dépens du revêtement interne des glandes.

Le point de départ a peut-être été une plaque muqueuse ayant déterminé un *locus minoris resistentiæ*. MAUCLAIRE.

Fibrome diffus des petites lèvres. (Fibroma diffusum of the Labia minora), par H. L. COLLYER, de New-York. *Am. J. of Obst.*, p. 1251.

La malade, âgée de 25 ans, n'avait eu qu'un enfant; elle a eu la syphilis. Trois ans avant d'entrer à l'hôpital, elle a reçu un coup de pied dans les parties génitales. La tumeur est pédiculée.

Collyer lui proposa de l'opérer, elle partit en disant qu'elle allait demander l'autorisation à son mari, elle ne revint pas.

L'auteur donne une chromolithographie de l'aspect de la tumeur dont il est difficile de donner une idée exacte sans gravure.

C. A.

Rupture centrale du périnée. Épisiotomie et épisiopérinéorrhaphie. (Rottura centrale del perineo. Episiotomia ed episioperineoplasticorafia), G. MARTA. *Monographie Venezia*, 1889.

Marta passe en revue les causes de cette variété de déchirure périnéale. Celles sur lesquelles la plupart des auteurs ont insisté sont les suivantes : hauteur exagérée de la symphyse pubienne (d'où direction vicieuse de la vulve), la forme, l'extensibilité particulière du périnée, défaut d'inclinaison du bassin et surtout du sacrum et du coccyx. Dans le cas qu'il rapporte le périnée était peu élastique, rigide même au niveau de la commissure inférieure où un tissu cicatriciel empêchait la dilatation de l'anneau vulvaire. Le traitement à employer serait, d'après l'auteur, l'incision du

périnée jusqu'à la commissure (épisiotomié) puis la suture comme dans une périnéorrhaphie ordinaire.

P. MAUCLAIRE.

Proposition d'une modification opératoire à la périnéorrhaphie à lambeaux. (Operative Vorschläge), H. STRATZ. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 14, p. 233.

La périnéorrhaphie à lambeaux, procédé de Tait, est supérieure aux autres méthodes. Elle a cependant quelques défectuosités (tiraillement exagéré du plancher pelvien, difficulté pour l'opérateur d'apprécier le tissu en excès qu'il serait utile d'exciser). Ces défectuosités, d'après l'auteur, tiennent à ce que le chirurgien opère, pour ainsi dire, à l'aveugle. Pour supprimer cette condition défavorable, il procède de la façon suivante : S'agit-il d'une déchirure étendue mais non complète, il fait, à partir des points dont la réunion doit correspondre à la commissure postérieure, future, deux incisions qui vont se réunir angulairement sur la ligne médiane, un peu en avant de l'anus. Cela fait, il décolle la paroi vaginale avec le doigt, aussi haut qu'il est nécessaire. Puis il saisit cette paroi vaginale décollée, entre deux longues pinces, très rapprochées l'une de l'autre, et incise sur la partie médiane. La section opérée, on a ainsi deux lambeaux postérieurs, qu'on enroule autour des pinces, manœuvre qui a pour effet de découvrir le champ opératoire, d'une façon très nette, et qui ne s'accompagne d'aucune hémorrhagie. En beaucoup de cas, le cul-de-sac de Douglas vient faire une saillie arrondie dans l'écartement des lambeaux, et l'on réussit le plus souvent à le séparer des tissus voisins et il est possible, quand il est trop spacieux, lorsqu'il existe une rétroversion, de le réséquer ou d'en produire l'atrophie, par l'application de quelques sutures.

Pour terminer, si l'on a soin de dérouler lentement les lambeaux, le chirurgien peut, soit les réunir, soit en réséquer, suivant les indications, une portion plus ou moins considérable.

Dans les cas de rupture complète, le principe de la méthode est le même. Seulement, on commence par inciser en avant les limites de la muqueuse intestinale, puis des deux points extrêmes on dirige en avant et en dehors deux incisions qui se terminent aux points, dont la réunion forme la commissure postérieure. On termine comme dans le cas précédent. R. L.

Corps étranger du vagin. (Zur Casuistik der Fremdkœrper in der Vagina), par C. HABIT. *Wien. med. Presse*, 1891, nº 10, p. 373.

Histoire d'un pessaire spécial, pessaire de Breisky, oublié pendant 5 ans dans le vagin d'une femme de 63 ans, et retiré à l'aide d'une pince spéciale, sorte de forceps, recommandée par l'inventeur du pessaire.

Oblitération du vagin, pathologie et traitement. (On atresia of the vagina, its pathology and treatment). TH. M. MADDEN. *Lancet*, Lond., 1890, p. 238.

Après avoir rappelé les principales observations d'oblitération du vagin, accompagnée la plupart du temps de rétention des règles, l'auteur se range aux conclusions suivantes, établies par Graily Hewit : deux cas se présentent, suivant qu'il y a ou non des signes de rétention menstruelle. Si oui, il faut opérer, en suivant l'intervalle qui sépare le rectum de la vessie, ce qui n'est pas toujours facile ; si non, il faut s'abstenir, quand bien même l'exploration par la vessie, le rectum et la paroi antérieure de l'abdomen aurait fait reconnaître la présence de l'utérus. Celui-ci et ses annexes peuvent en effet présenter des malformations diverses, causes de l'absence de règles. Dans ce cas il n'y aura pas d'accidents, et mieux vaudra ne pas opérer, malgré l'opinion d'Edis qui pense que quand le vagin manque, il faut le créer, et le maintenir.

L. FAURE.

Cicatrices vaginales multiples. (Cicatrici vaginali multiple), DECIO. *Annali di Ostet. e Ginec.* Milano, mars 1890, p. 233.

L'utérus était en rétroversion, le col encapuchonné par de nombreuses brides cicatricielles partant de la paroi postérieure et des parois latérales, ces brides furent rompues sous le chloroforme et l'utérus replacé en position normale. Mais les troubles hystériques, des adhérences et la rétroversion reparurent rapidement.

P. MAUCLAIRE.

Rupture du vagin pendant l'accouchement. (Ein Fall von spontaner perforirender Scheidenzerreissung, mit vollstœndigem Austritt des Kindes und der Placenta in die Bauchhœhle, Genesung), par EVERKE. *Berl. klin. Woch.*, 30 juin 1890, nº 26, p. 591.

Cette rupture eut lieu, sans aucune intervention instrumentale, chez une femme de 31 ans, scoliotique depuis l'âge de 14 ans, mais qui en était à son 7e enfant. Pour le premier seul le forceps avait été nécessaire. La déchirure, très étendue, avait laissé l'enfant passer dans la cavité péritonéale, d'où il fut extrait par Everke. L'hémorrhagie était intense, le collapsus grave, les douleurs violentes. La déchirure, qui siégeait sur la paroi postérieure du vagin, fut suturée ; le vagin fut tamponné à la gaze iodoformée. La femme guérit, avec un utérus normal, des ligaments larges souples et des règles régulières. A. B.

Contribution à l'histoire clinique des déchirures du vagin durant le coït. (Zur Kasuistik der Scheidenverletzungen durch den Coitus), HIMMELFARB. *Cent. f. gyn.*, 1890, n° 22, p. 395.

En général, on a beaucoup contesté la possibilité de la production de déchirures vaginales par le coït, chez les femmes dont les organes génitaux sont normaux. Et l'on a été plutôt enclin à les rapporter à des circonstances que les malades préfèrent tenir cachées. Cependant, on a cité récemment des faits qui semblent démontrer la production de ces lésions durant le coït (Zeiss, Frank). A ces faits l'auteur ajoute une observation nouvelle.

Une femme de 24 ans, mariée depuis peu, aurait eu, à la suite du premier coït, une hémorrhagie abondante et, depuis ce moment, aurait ressenti de vives douleurs dans le bas-ventre. Malgré l'hémorrhagie persistante, et les douleurs dont ils s'accompagnaient, le mari n'avait pas voulu cesser les rapports sexuels. De ce fait, exacerbations des douleurs et accidents. A l'entrée à l'hôpital, la femme, quoique d'une forte constitution, paraît très affaiblie. Elle a de la fièvre, une anorexie absolue, et accuse des douleurs abdominales spontanées, et des douleurs en urinant. La région périuréthrale est congestionnée, et il s'écoule par la vulve du sang fétide, décomposé. En outre, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur du vagin, au point où la paroi postérieure se continue avec la paroi gauche, on constate une perte de substance, à bords lisses, à fond déchiqueté, il en existe une autre dans le cul-de-sac postérieur. Tous les culs-de-sac sont résistants et extrêmement douloureux ; la portion vaginale est à peine reconnaissable. *Mort*, malgré les lavages antiseptiques et le tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée, le 11e jour après son entrée à l'hôpital, avec des signes de collapsus cardiaque.

Autopsie : Elle permit de constater : deux pertes de substance du vagin, qui constituaient de véritables solutions de continuité et qui s'ouvraient directement dans le paramétrium gauche ; une augmentation et une infiltration œdémateuse de l'utérus ; la présence dans la paroi antérieure de la portion supra-vaginale du col d'un abcès, du volume environ d'une noix ; un épaississement de la paroi vésicale antérieure, et une infiltration sanguine entre cette paroi et l'enveloppe séreuse. La cavité pleurale contenait une certaine quantité de pus fétide, et les deux poumons étaient le siège d'abcès petits et très nombreux. Rate augmentée d'un tiers de son volume, et d'une coloration sombre, ardoisée ; en résumé : *déchirures du vagin, para et périmétrite aiguës, pyémie consécutive.*

R. L.

Emphysème vaginal. (A case of vaginitis withgirs cysts, or so called « emphysematous vaginitis »), ERNEST HERMAN. *The Lancet*, 6 juin 1891, p. 1252.

Une nullipare de 28 ans, mariée depuis 9 ans, a subi il y a 6 mois une dilatation du col pour dysménorrhée. Rien au vagin à cette époque. Depuis 3 semaines elle souffre et a des pertes roses. On sent une grosseur à droite de l'utérus, les parois du vagin sont inégales et comme semées de nodules durs, nombreux surtout en arrière et en haut. Vus au spéculum ils ont une coloration gris noirâtre ; ce sont des vésicules de la grosseur d'un grain de chanvre jusqu'à celle d'un pois. Quand on pique une vésicule, elle s'affaisse avec un petit bruit sec, mais sans qu'aucun liquide s'écoule. Quand on verse de l'eau dans le spéculum et la cavité du vagin, et qu'on pique une de ces vésicules, une petite bulle gazeuse émerge de l'eau. On vida ainsi toutes les vésicules visibles. Il n'y en avait aucune sur le col de l'utérus. 8 jours après ces vésicules n'avaient point reparu, et les pertes avaient cessé. La grosseur perçue à droite de l'utérus et qui devait être une trompe enflammée avait aussi disparu. Le mari soigneusement interrogé ne présentait aucune trace d'affection des organes génitaux.

On ne trouve aucun cas semblable dans la littérature médicale anglaise. M. Gervis a décrit à la Société obstétricale de Londres un cas de vésicules semblables siégeant sur le col de l'utérus ; mais le vagin était absolument intact.

Dans la littérature allemande on trouve au contraire quelques

cas analogues. Braun le premier a décrit de semblables vésicules aériennes du vagin chez une femme enceinte. Il y avait en même temps une blennorrhée.

En 1871 Winckel décrit cette affection et lui donne le nom de « colpo-hyperplasie kystique ». Il en a publié 3 cas, tous 3 chez des femmes enceintes présentant un catarrhe vaginal ; quelques-uns des kystes contenaient un liquide séreux ou sanguinolent. Näcke en décrit aussi 3 cas.

Pour lui il s'agit de petites fissures du vagin, l'air on quelque sorte aspiré par le vagin pénètre dans ces fissures dont les bords guérissent ensuite et se rejoignent, emprisonnant le gaz. Eppinger accepte à peu près cette théorie et fait de cette affection une forme spéciale d'emphysème.

Chenevière a vu et décrit 3 cas absolument semblables à ceux de l'auteur et n'en différant que parce qu'il s'agit dans les 3 de femmes enceintes. Il adopte lui aussi la théorie de l'emphysème.

Zweifel en décrit aussi 3 cas chez des femmes enceintes, il met en doute les rapports de cette affection avec la gonorrhée. Des recherches cliniques qu'il a entreprises sur le contenu des vésicules, il conclut que le gaz qui est enfermé est de la triméthylamine ; pour lui ce gaz est normalement formé par les glandes vaginales ; que leur conduit vienne à se boucher, les vésicules se constituent.

Schrœder croit que les vésicules se forment sous l'influence d'une hyperhémie vaginale due à la grossesse ; les sécrétions de follicules se décomposent, d'où formation de gaz.

L'auteur se rallie à l'opinion de Schrœder.

Kystes du vagin. DECIO. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, mars 1890, p. 231.

1re observation. — Kyste ayant pour origine un repli de la muqueuse d'après l'auteur.

2e observation. — Kyste latéral gauche, suppuré, compliquant une grossesse au troisième mois. Ce kyste présentait la grosseur d'un œuf de dinde ; l'incision donna lieu à une quantité considérable de pus. La guérison fut parfaite sans que la grossesse fût interrompue.

3e observation. — Kyste gazeux. A l'examen au spéculum on note sur la paroi antérieure du vagin près du col, un kyste gros comme une petite noix, qui donnait lieu à de la crépitation ; il s'affaissa de lui-même. P. MAUCLAIRE.

Fibro-myôme de la paroi antérieure du vagin. (Entfernung eines kindeskopfgrossen Fibromyom der vorderen Vaginalwand durch elastische Ligatur), HOFMOKL. *Wien. med. Presse,* 1891, n° 32, p. 1229.

Femme de 49 ans ; a eu il y a 15 ans, une adénite suppurée de l'aine gauche. En 1883, prolapsus du vagin pour lequel elle porta jusqu'en 1890 un pessaire.

Se présente le 3 juin 1891 pour un écoulement de sang du vagin. A l'examen, on trouve à 5 centim. au-dessus du vestibule du vagin resté normal, une tumeur des dimensions d'une tête d'enfant, dépendant de la paroi antérieure du vagin. La tumeur est rouge, couverte par la muqueuse lisse au-dessous de laquelle on voit un grand nombre de veines dilatées, résistantes et presque fluctuantes. L'utérus ne peut être atteint; la vessie paraît déplacée en haut. Le toucher rectal et l'exploration bimanuelle ne fournissent aucun renseignement.

Après une ponction exploratrice qui donne issue à du sang pur, et l'incision de la tumeur, on pénètre dans une cavité des dimensions d'une noix, inégale, rugueuse, cloisonnée. L'examen microscopique d'une parcelle, montre la présence du tissu fibreux, des cellules fusiformes ressemblant à des fibres musculaires lisses et des cellules étoilées. Diagnostic : fibro-myôme de la paroi antérieure du vagin. Application d'une ligature élastique sur le pédicule de la tumeur qui se détache au 5e jour. Guérison. A. B.

Cancroïde de la vulve et de la portion antérieure du vagin: Nymphotomie, résection uréthro-vaginale. (Cancroide della vulva e porzione anteriore della vagina. Ninfotemia, resezione uretro vaginale, par DECIO. *Annali di ostet. e ginec.* Milano, fev. 1890, p. 107.

Vaste tumeur ayant envahi tout le vestibule, le clitoris, le méat urinaire, les 2/3 supérieurs de la grande et petite lèvre et la partie antérieure du vagin. Dans le cours de l'opération l'opérateur dut enlever une partie de l'urèthre ; l'hémostase fut assez laborieuse. Guérison momentanée parfaite.

P. MAUCLAIRE.

Un cas de sarcome primitif du vagin. (Ein Fall von primären Scheidensarkome), G. KALUSTOW. *Arch. f. gyn.* Bd 40, Hft 3, p. 499.

Femme âgée de 23 ans, réglée à 15 ans (menstruation toujours

régulière, facile), mariée à 17 ans, ayant eu 4 grossesses, dont 2 fausses couches, et 2 accouchements spontanés, à terme. Suites de couches toujours normales. Pas de maladies antérieures, pas d'antécédents héréditaires spéciaux, pas d'alcoolisme, de syphilis, de tuberculose. Un an environ avant son entrée à l'hôpital, après une époque menstruelle, venue à la date voulue, les règles se continuèrent 8 semaines. Puis, un peu plus tard, s'établit un écoulement sanguin, continu, tantôt modéré, tantôt abondant, avec expulsion de caillots. Quelques mois après, la femme constatait une tumeur, qui faisait saillie hors du vagin. *Examen à l'hôpital :* ossature extrêmement forte, tissu adipeux bien développé, peau et muqueuses pâles. Pouls très précipité et petit. Langue nette mais sèche. Peau chaude. A l'entrée du vagin, un gros caillot et dans le vagin un tampon d'ouate ; le vagin dégagé, survint une violente hémorrhagie dont le foyer était une masse sphacélée, située sur la paroi antérieure du vagin. Cette hémorrhagie faillit emporter la malade. *Nouvel examen quelques jours après.* Sur la paroi antérieure du vagin se voyait une eschare solide, sèche, gris noirâtre, de forme quadrangulaire, commençant à environ 1 cent. en arrière du méat urinaire, se prolongeant en haut jusque dans le cul-de-sac antérieur, et occupant toute la largeur de la paroi antérieure. Par ses bords unis, saillants, elle tranchait vigoureusement sur les tissus voisins dont elle était séparée par un sillon profond, linéaire ; surface de l'eschare sillonnée de fissures longitudinales et transversales. Des bords et des fissures de l'eschare s'écoulait un liquide fétide. Le reste de la muqueuse avait l'aspect normal, et ne présentait aucune trace d'inflammation. Utérus un peu gros, non douloureux et tout à fait mobile, portion vaginale œdémateuse. Paramétrium et périmétrium sains, également les autres régions des organes génitaux. Fonction vésicale normale, mais urine parfois sanguinolente. Selles régulières. Pas d'engorgement ganglionnaire appréciable. Au cœur, souffle anémique. Appétit modéré, soif exagérée. Sommeil bon. La femme n'accuse pas de douleurs. Fièvre septique continue, le matin température 37°,8-39°,2, le soir 38°-39°,8.

Au début, il se détacha de l'eschare de petits fragments noirâtres, puis de plus gros, jusqu'à ce qu'enfin l'eschare se détachât en totalité, phénomènes qui se compliquèrent à deux reprises d'hémorrhagies violentes. Au-dessous de l'eschare, apparut la

paroi vaginale antérieure, saine, à surface régulière, sauf sur la ligne médiane où resta une fente linéaire, qui semblait la partager en deux. La fente paraissait avoir la longueur de l'eschare, la même profondeur, et présentait des bords presque à pic. Son fond, constitué par ce qui restait du septum vésico-vaginal, était lisse et jaune clair. Les bords et les parois de la solution de continuité ne présentaient pas de granulations, mais une masse gris-rouge, granuleuse et sèche.

De cet examen il semblait résulter : *que la masse sphacélée était une tumeur maligne, ou le résultat de la fusion de plusieurs tumeurs. Le néoplasme, quel qu'ait été son mode de formation, paraissait partir du tissu connectif de la paroi vésico-vaginale, en sorte que la muqueuse, une fois perforée, paraît étroitement l'enserrer comme un pédicule. D'autre part, cette interprétation explique le peu d'étendue de la fente en comparaison des dimensions de l'eschare.*

En même temps que se produisit la chute de l'eschare apparurent 2 tumeurs métastatiques, l'une, de la grosseur d'une noisette, au niveau de la fesse gauche, l'autre un peu plus petite, au niveau de la face externe du fémur droit. Elles étaient dures, non douloureuses à la pression, et situées dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ces tumeurs grossirent lentement. Utérus et organes voisins restèrent dans l'état primitif.

Quelques jours après la chute de l'eschare, récidive du néoplasme au niveau de la fente persistante, sous la forme de tumeurs sphériques isolées, de coloration rouge sombre, extrêmement molles et très mobiles, assez semblables à des varices, qui peu à peu grossirent (volume d'une cerise à une noix) et commencèrent à s'ulcérer. Peu à peu, l'ulcération fit des progrès ; la fonction urinaire se troubla, il survint des envies fréquentes d'uriner, la miction devint douloureuse, etc. ; toutefois, il ne se produisit pas de fistule vésico-vaginale. A certains moments, on constata une induration dans le paramétrium droit et la femme mourut dans le marasme. *La première manifestation du processus pathologique* (menstruation prolongée durant 4 semaines) *s'était produite six mois environ avant l'issue fatale.*

De l'*examen microscopique*, aussi bien de fragments du tissu néoplasique du vagin que des deux tumeurs métastatiques (à la fesse, et au niveau de la cuisse), l'auteur conclut qu'il s'est trouvé

en présence d'un *sarcome télangiectasique ou angiomateux, hémorrhagique.*

R. L

II. — INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES. MALADIES DE LA TROMPE ET DE L'OVAIRE

Induration consécutive à la pelvi-cellulite chez la femme ; son traitement par le galvanisme. (Induration following pelvic cellulitis in the female and its treatment by galvanism.), par Edward Sanders, de New York. *Amer. J. of. Obst.*, mars 1892, p. 289.

L'auteur fonde ses conclusions sur 200 cas, sur lesquels 9 seulement présentèrent une prompte résolution ; 25 malades ont été perdues de vue. Il en reste donc 166 qui ont passé à l'état chronique, 20 de ces cas étaient des abcès pelviens ; 1, une tumeur kystique ; 18, des épaississements avec raccourcissement des ligaments larges ; 127 se sont terminés par ce qu'on est convenu d'appeler l'induration.

Sanders s'est servi d'un appareil constitué par 60 piles, Axo-Léclanché, dont on peut à volonté réunir un nombre quelconque dans le courant.

L'électrode extérieure est en argile ou en feutre, soutenue par une plaque de fer-blanc ou de plomb ; au moment de l'appliquer, on la chauffe légèrement.

L'électrode interne est mousse, Sanders croyant que la ponction présente quelque danger. Lorsqu'elle correspond au pôle négatif, l'électrode est faite de cuivre nickelé, et de charbon recouvert d'argile si elle communique avec le pôle positif.

Le rhéostat est fait de graphite pulvérisé, mélangé à de la pierre de savon.

Le pôle positif étant *calmant*, c'est celui que Sanders place à l'intérieur lorsqu'il cherche à agir contre la douleur ; s'il recherche l'absorption de produits inflammatoires, il applique le pôle négatif, qui est *dispersant* (fondant).

Sanders place rarement une électrode dans l'utérus ; la méthode intra-vaginale étant moins douloureuse, et permettant l'emploi des courants plus forts.

Il fait varier, suivant les cas, la force du courant, entre 75, et 150 milliampères.

La durée de l'application est en général en raison inverse de la face du courant et varie ainsi de 8 à 3 minutes.

Après la séance, le vagin est lavé avec une solution antiseptique. Sanders fait 2 ou 3 séances par semaine, et n'en fait pas, pendant les règles.

Dans l'*induration simple*, les résultats sont très favorables ; la douleur surtout disparait rapidement. Dans ces cas, Sanders n'a jamais été obligé de continuer pendant plus de 5 mois et demi ; il a réussi parfois en 2 semaines.

Sanders donne l'histoire de 5 succès, et il ajoute « aucune « méthode ne m'a donné des succès aussi complets et aussi régu- « liers ».

A. C.

Paquet variqueux du ligament large. (A case of varicose veins of the broad ligament), par REYNOLDS WILSON. *Medical News*, Philadelphia, 20 juin 1891, t. LVIII, p. 694.

C'est la description de la laparotomie pour ablation des annexes ; les trompes étaient normales, les ovaires kystiques, le droit plus volumineux que le gauche.

Des deux côtés on trouva dans le ligament large un paquet assez volumineux constitué par des veines dilatées et tortueuses sans nodosités. L'auteur pratiqua l'excision après avoir placé une double ligature.

Suivent quelques indications bibliographiques.

P. N.

Sur l'importance de la blennorrhagie comme cause d'inflammation des organes pelviens. (On the importance of gonorrhœa as a cause of inflammation of the pelvic organs), par G. BANTOCK. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1891, I, 749.

G. Bantock, après un historique intéressant de la question s'élève vigoureusement contre l'assertion de Nœggerath qui prétend que la plupart des inflammations péri-utérines, et que presque tous les cas de stérilité sont dus à la persistance d'une blennorrhagie latente chez la femme ou chez l'homme.

D'après Bantock ce serait là une exagération considérable. Le fait existe, mais il serait en réalité fort rare.

L.-H. FAURE.

Métrorrhagies secondaires. (Ueber secondäre Uterusblutungen), par CZEMPIN. *Deut. med. Wochenschr.*, 1891, n° 35, p. 1036.

Sous le nom de métrorrhagies secondaires, l'auteur comprend les hémorrhagies atypiques de l'utérus dues à une affection des annexes, la muqueuse utérine restant saine. Ces métrorrhagies sont fréquentes, puisque sur 500 malades de sa clinique, prises au hasard, cette affection a existé 22 fois.

Comme traitement, repos, tamponnement iodoformé du vagin, et hydrastis canadensis 12 jours avant l'apparition des règles.

Abcès pelviens chez la femme. (Cases of pelvic abcess treated by abdominal section), par MAYO ROBSON. *Brit. med. Journ.*, 26 avril 1890, t. I, p. 944).

Ce travail est fondé sur dix observations (dont six rapportées *in extenso*) où la laparotomie a permis d'évacuer et de guérir définitivement des abcès pelviens. Les résultats sont d'autant plus encourageants qu'il s'agit la plupart du temps de cas graves. Deux fois, l'abcès se vidait depuis six ans dans le rectum ; un autre avait ulcéré l'uretère et il avait fallu commencer par la néphrectomie. Trois fois au moins la péritonite était sûrement tuberculeuse.

A. B.

Traitement de l'inflammation pelvienne. (How shall we do with our cases of pelvic inflammation ?), par R. B. MAURY, de Memphis. *Am. J. of Obst.* janv. 1891, p. 1).

L'auteur cite d'abord avec éloge le mémoire de Bernutz, qui date de 1862, où celui-ci démontre que ces affections ne sont pas des inflammations du tissu cellulaire pelvien, mais le résultat d'une péritonite pelvienne. La salpingite était le trait constant reconnu à l'autopsie.

Dans ces dernières années, Tait a fait la même démonstration et guéri les malades en faisant l'ablation des trompes enflammées. Il a prouvé aussi que la pelvi-cellulite est rare.

Maury passe aussi en revue les mémoires de Polk, de Coe, de M. Duncan, de Grisolle, de Valleix, de Gallard, de Marchal (de Calvi), de Price, etc.

Maury cite deux cas personnels, dans lesquels les malades ont été guéries par l'ablation, ou le détachement des trompes malades. Puis il donne un extrait des registres du Woman's Hospital de New-York, dans lequel, en prenant le service, le médecin

témoigne sa surprise de trouver 30 malades affectées de pelvicellulite et soumises à un traitement par les douches, le curettage, l'iode, l'électricité. Il les opéra toutes avec succès.

L'auteur conclut qu'il faut rayer de la nomenclature médicale, le mot cellulite en dehors des cas d'inflammation venant à la suite d'un accouchement.

Le traitement banal non opératoire, a souvent bon effet sur les affections inflammatoires; mais son action est nulle sur les trompes.

Lorsque la péritonite récidive, il est fort probable qu'il existe une *fuite* dans la trompe. Dans ce cas, si une vigoureuse purgation saline n'amène pas promptement une grande amélioration, il faut opérer.

Maury n'a rien obtenu du traitement électrique dans les inflammations pelviennes. Quant à l'*aspiration*, il croit qu'elle ne peut avoir aucun effet utile. A. C.

Périmétrites et reliquats de périmétrites. Pelvi-péritonites. (Perimetrite e suoi reliquati, pelvie-péritonite), par Decio. *Annali di Ost. e Ginec.*, sept. 1890, p. 532.

Les différentes causes dans les cas observés furent des traumatismes, l'abus du coït, la blennorrhagie et la puerpéralité; l'ablation des annexes fut suivis de succès dans deux cas; chez une autre malade la guérison survint après une ouverture spontanée dans le rectum. Les autres malades guérirent avec des antiphlogistiques et des résolutifs appliqués sur la paroi abdominale. P. M.

Paramétrites (Parametriti). *Ibidem*, p. 526.

Decio appelle ainsi l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal de l'excavation pelvienne. Sur 53 observations, la lésion siégeait, 25 fois à gauche, 9 fois à droite, 17 fois en arrière, 3 fois en avant, et chez cinq malades on pouvait la considérer comme totale. La cause est presque toujours la puerpéralité. De simples traitements antiphlogistiques au début, puis des résolutifs (iodure l'intérieur) donnent souvent de bons résultats. L'électrisation a donné aussi quelques succès. Finalement, quand ces méthodes de traitement étaient insuffisantes, on eut recours à l'incision soit abdominale, soit vaginale même avant que la fluctuation fût distincte.

P. Mauclaire.

Des modifications des trompes et des ovaires pendant la grossesse et les suites de couches. (Ueber Veränderungen der Tuben und Ovarien in der Schwangerschaft und in Puerperium), H. THOMPSON. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890. Bd XVIII, Hft 1, p. 31.

Des recherches faites sur des lapines en état de vacuité et en état de gestation, l'auteur tire les conclusions suivantes : 1) les trompes subissent pendant la grossesse et les suites de couches des altérations anatomiques profondes. Durant la grossesse, le tissu conjonctif a une vascularisation plus abondante ; il est plus œdémateux et sa masse paraît plus considérable. La musculeuse s'hypertrophie comme la musculeuse de l'utérus, mais à un moindre degré. Pendant les suites de couches, ces altérations rétrocèdent peu à peu, les cellules musculaires subissent un processus de régression ; 2) durant la grossesse, le puerperium, les ovaires ne subissent pas, quant à leur structure, d'altérations appréciables.

R. L.

Analyse clinique et microscopique de vingt-cinq ovaires, spécialement au point de vue de l'hématome. (Clinical and microscopical analysis of twenty-five extirpated ovaries, with special reference to hematoma), par FRANCIS FOERSTER, de New York. *Am. J. of Obst.* mai 1892, p. 577.

L'auteur croit que ce qu'on a nommé corps jaune est un endothéliome, toujours pathologique lorsqu'il tend à l'hématome ; le corps jaune physiologique ou endothéliome de la grossesse est l'unique exception. Les corps blancs (1), les gyromes ne sont pas toujours le stade final des corps jaunes ; sous l'influence de l'oophorite chronique, ils peuvent représenter le stade initial de l'endothéliome. Foerster partage l'opinion de M. D. Jones, qui dit que la plupart des hématomes ovariques sont la niche d'un endothéliome, du sang sorti de l'endothéliome se ramassant dans sa cavité. L'existence de fibrine signalée au centre de l'endothéliome est un fait encore obscur, que l'auteur espère éclairer par des recherches ultérieures.

Dans ses 25 cas, il a trouvé la preuve de ce qu'il avance.

(1) Il semble, d'après le contexte que Foerster désigne par ces mots la cicatrice que laisse le corps jaune après sa disparition quoique, d'après les dictionnaires, ces mots désignent deux corps situés à la base du cerveau.

A. CORDES.

Puis il donne 8 figures, montrant l'aspect au microscope des ovaires enlevés à cause des douleurs éprouvées par les malades. Les lésions sont rarement reconnaissables à l'œil nu.

A. C.

Résultats de l'oophorectomie dans l'hystéro-épilepsie. (My experience of oophorectomy for the cure of hystero-epilepsy), par MUNDE de New-York, *Am. J. of Obst*; avril 1892, p. 454.

Munde ne parle que des convulsions qui se produisent aux époques menstruelles et semblent être sous la dépendance de l'ovulation et de la menstruation.

Il a fait 5 fois l'oophorectomie pour des cas de ce genre.

Dans le 1er cas la malade a été améliorée en ce qui concerne l'hystéro-épilepsie, mais l'opération n'a eu aucun effet sur son état mental.

Les 4 autres cas sont des succès.

Munde s'exprime très prudemment au sujet de l'indication d'opérer après l'insuccès des autres traitements.

A. C.

Quarante cas d'excision et d'extirpation des annexes de l'utérus (Vierzig Fälle von Abtragung und Entfernung der Anhänge der Gebärmutter), A. ROSTHORN. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 3, p. 338.

40 cas d'extirpation des annexes malades servent de base à ce travail. Deux de ces opérations ont été faites par Breisky, les autres par ses assistants Lihotzki et Rosthorn. C'est parce que ce mode d'intervention est resté longtemps sans avoir de partisans en Autriche, que Rosthorn a utilisé ces 40 cas pour un travail d'ensemble, dans lequel il fait une étude relativement complète des maladies des annexes : étiologie (très partisan des idées de Noggerath, il accorde une part étiologique importante à la gonorrhée) ; marche de la maladie, symptômes ; diagnostic ; anatomie pathologique; traitement technique opératoire (dans tous les cas (11) où l'utérus a été trouvé en rétrodéviation, on a fait suivre l'extirpation des annexes de l'hystéropexie, *Résultats* : 1) la guérison complète, idéale, avec suppression de toutes les douleurs a été obtenue 20 fois.

2) 13 fois, le résultat a été extrêmement favorable, mais non

idéal. C'est-à-dire que les femmes ont accusé plus tard un certain nombre de malaises, imputables à une ménopause prématurée (troubles associés au molimen menstruel, douleurs légères localisées dans la région sacrée, dyspepsie passagère, écoulement rebelle).

3) 1 fois, guérison seulement transitoire. Au bout de 2 mois, tous les symptômes morbides avaient reparu.

4) Dans 2 cas la formation d'exsudats étendus compromit momentanément le succès.

5) Echec complet 1 fois ; pourtant les accidents s'amendèrent, avec le temps, d'une façon notable.

6) 2 cas de mort par péritonite par perforation.

Résultat immédiat. — D'une manière générale, il fut excellent, Les douleurs furent supprimées et toute une série de phénomènes hystériques, de l'espèce la plus grave (affections gastriques datant de plusieurs années, troubles accusés de l'état général) furent comme coupés au couteau. *Guérison définitive,* obtenue dans la moitié des cas. *Menstruation.* Chez aucune des femmes qui subirent la castration bilatérale, complète, les règles ne se montrèrent consécutivement. Par contre, la menstruation se rétablit d'une manière générale, chez celle où l'on n'avait pratiqué que la castration unilatérale ou qu'une résection partielle des ovaires. *Hystéropexie.* Les résultats furent excellents. La matrice conserva son attitude d'antéversion et récupera peu à peu une mobilité sufisante. En aucun cas, il ne fut accusé de douleurs, pas même du côté de la vessie (aussi l'auteur estime-t-il que l'hystéropexie est le complément obligé de l'extirpation des annexes toutes les fois que l'utérus est rétrodévié). *Traitement post-opératoire.* Les pessaires sont dangereux immédiatement après l'opération. Ils sont de nature à produire une inflammation du péri et paramétrium, plus disposés à s'enflammer, après la laparotomie. Mieux vaut, à ce moment, amener la réduction de l'utérus au moyen de tampons assez volumineux, auxquels plus tard, quand toute trace de sensibilité exagérée des tissus aura disparu, il sera loisible de substituer les pessaires. R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIERES CONTENUES DANS LE TOME XXXVII

Janvier à Juin 1892.

A

C

D

E

F

G

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XXXVII

Janvier à Juin 1892.

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUE CLINIQUE

REVUE GÉNÉRALE

SOCIÉTÉS SAVANTES

REVUE ANALYTIQUE

BIBLIOGRAPHIE

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXXVIII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18 francs.
Pour les départements..............	20 —
Pour l'Europe......................	22 —
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23 —
Pour les autres parties du monde...	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 80, rue Miromesnil, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 6, rue Herschel, pour la partie obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XXXVIII

Contenant des travaux de

MM. BERRY HART, CHALOT, CHARRIER, FARABEUF, GALABIN, JABOBS, LAUWERS, LÉOPOLD, MARTA, MARTIN (Berlin), MULLERHEIM, OTT (DE), OUI, PINARD, PORAK, RUDOLF BENEKE, SEGOND, STAPFER, TARNIER, TARNIER ET CHAMBRELENT, F. TERRIER, THIRIAR (Bruxelles), TOUJAN.

1892
(2e SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

NOUVEAUX DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Par le Professeur **A. Pinard.**

En 1889, je publiais dans les *Annales de gynécologie* (1), trois observations de grossesse extra-utérine que je faisais précéder des lignes suivantes : « La grossesse extra-utérine peut présenter, dans sa symptomatologie, dans son évolution des différences assez tranchées pour lui imprimer des physionomies diverses, et assez peu connues encore à l'heure actuelle pour rendre dans certains cas le diagnostic sinon impossible, du moins extrêmement difficile.

De même, la conduite à tenir, dans les cas de grossesse ectopique, le moment de l'intervention, quand cette dernière est jugée nécessaire, sont autant de points très discutés aujourd'hui mais non encore résolus. »

Les nouvelles observations que je publie dans ce mémoire démontrent que l'histoire de ce grand chapitre de la pathologie obstétricale est loin d'être achevée et ne pourra s'édifier que par un nombre considérable de faits exposés jusque dans leurs moindres détails.

(1) Voyez : Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine, *Annales de gynécologie*, avril 1889, p. 241.

Comme dans mon premier travail, je donne d'abord ici la relation *in extenso* des cas observés, en faisant suivre chacun d'eux de réflexions dégageant les particularités les plus intéressantes, tant au point de vue des symptômes, du diagnostic, qu'au point de vue de l'évolution, de l'anatomie pathologique et du traitement. Je le termine par quelques considérations générales concernant ces différents points.

OBSERVATION IV (1). — *Grossesse extra-utérine remontant à 12 mois environ. Laparotomie. Rétention du placenta dans le kyste fœtal. Guérison sans fistule.*

La femme Nicolle, âgée de 39 ans, domiciliée à Blignencourt (Oise), entre à la Maternité Baudelocque le 17 juillet 1889 (envoyée par le Dr Branthomme, de Méru).

Cette femme est accouchée deux fois à terme, d'enfants vivants. Le dernier accouchement remonte à 10 ans. Jamais de fausses couches. Une pelvi-péritonite (salpingite droite ?) en 1885. Un mois au lit. Bonne santé habituelle. Menstruation régulière.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 7 juillet 1888, et depuis lors, dès le 10 août, elle a toujours été souffrante (douleurs dans le bas-ventre) ; à aucun moment elle n'a eu d'écoulement sanguin, ni de crise aiguë. Mais elle a dû cesser tout travail et garder le lit presque constamment.

2 premiers mois : troubles de la miction et de la défécation.

Au mois d'avril dernier, c'est-à-dire au terme de sa grossesse, elle fut prise de douleurs « comme pour accoucher ». La sage-femme fut mandée, mais s'en retourna après avoir déclaré que c'était une fausse alerte. La nuit suivante, N... cessa de percevoir les mouvements actifs du fœtus qu'elle sentait nettement jusque-là. Inquiète, elle fit appeler un médecin qui constata la mort du fœtus (3 jours après le faux travail).

Quatre ou cinq jours après, il y eut une montée laiteuse. Le ventre diminua de volume.

Après avoir gardé le lit pendant un mois, N..., se trouvant mieux, se leva pour reprendre ses occupations, attendant toujours

(1) Trois observations étant publiées dans mon premier mémoire, je continue la numération pour qu'il n'y ait aucune confusion.

sa délivrance. Puis il y a quinze jours, fatiguée d'attendre et inquiète, elle alla consulter le Dr Branthomme qui l'adressa à M. Pinard.

Examen à l'entrée. — État général peu satisfaisant. N... dit avoir beaucoup maigri. Lait dans les seins.

Le ventre est régulièrement développé. Le palper y fait reconnaître une tumeur sphérique occupant tout le bas-ventre et dont la partie culminante remonte à 5 travers de doigt au-dessus de l'ombilic (9 centimètres au-dessus de l'ombilic, 24 centimètres au-dessus de la symphyse).

Cette tumeur est sans bosselures, immobile, dure surtout à sa partie supérieure droite.

A trois travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope droite, on perçoit dans la tumeur une crépitation très nette; au même point les doigts sentent une région fœtale très superficielle ayant les caractères de l'extrémité céphalique. Auscultation : silence complet.

Le palper ne détermine aucune douleur; pas de douleurs spontanées.

La miction et la défécation s'exécutent normalement.

Toucher. — Le col est mou, refoulé à gauche et en arrière; le cul-de-sac latéral gauche est souple.

Le cul-de-sac latéral droit est effacé, bombe dans l'excavation : on y sent une région fœtale dont on ne peut distinguer les caractères.

Les mouvements communiqués par le palper à la tumeur abdominale sont transmis au doigt explorant le cul-de-sac droit, mais non au col.

Nulle part on ne sent le corps de l'utérus qui doit être en arrière du kyste.

Le cathétérisme de l'utérus montre que sa cavité est vide.

Je pratiquai la laparotomie le 30 juillet 1889. Incision de la paroi abdominale jusqu'au niveau du kyste. Sutures des parois de ce dernier à la paroi. Incision du kyste, extraction d'un fœtus macéré pesant 2200 grammes. Liquide amniotique épais, peu abondant et non purulent. Lavage du kyste avec la solution de naphtol. Drainage et pansement.

Il n'y eut aucune élimination du placenta (le cordon avait été au moment de l'extraction du fœtus coupé au ras de la face fœtale).

Les parois kystiques s'accolèrent, la plaie se ferma et le placenta s'enkysta à nouveau sans présenter trace de suppuration.

Cette femme quitta le service le 30 novembre bien portante et ne présentant qu'une induration au niveau de la fosse iliaque gauche, induration du reste diminuant progressivement.

L'utérus avait repris sa place et sa mobilité normales.

Le Dr Branthomme m'écrivit, en 1890, que la santé de cette femme était très bonne.

Particularités. — Au point de vue des antécédents pathologiques, il faut noter ici une salpingite droite survenue quatre ans avant la grossesse extra-utérine. Le tableau symptomatologique a été le suivant : Douleurs abdominales, troubles de la miction et de la défécation survenant aussitôt après les dernières règles. *Ni écoulement sanguin, ni expulsion de caduque* pendant toute la durée de la grossesse. Faux travail apparaissant au terme de la grossesse. Fluxion mammaire survenant quelques jours après. Un mois après, cessation des douleurs. Enfin au point de vue des suites de l'opération, *la rétention du placenta.*

OBSERVATION V. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 8e mois environ. Laparotomie neuf mois après la mort de l'enfant. Guérison avec persistance d'une petite fistule.*

La nommée L..., âgée de 32 ans, primipare, entre le 3 février 1889 à la Maternité de Lariboisière, salle Mauriceau, lit no 8. Cette femme a eu, il y a trois ans, une fièvre typhoïde assez grave, dit-elle, qui l'a retenue 45 jours au lit ; c'est la seule maladie qu'elle ait faite.

Elle a toujours été bien réglée avec quelques petites avances, mais jamais elle n'a eu d'hémorrhagies ni de pertes blanches. A la fin de mai 1888, elle n'a pas eu ses règles qu'elle attendait à ce moment ; elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre et entre le 30 juin dans le service du docteur Siredey. On porta le diagnostic de fibromes-utérins. Elle séjourna trois mois dans le service et quand elle le quitta on lui dit qu'elle était enceinte.

Pendant son séjour à Lariboisière, elle avait, nous dit-elle, perdu pendant trois semaines un liquide clair comme de l'eau. Les mois suivants elle vit son abdomen augmenter de volume, sentit son enfant remuer et aucun incident ne vint marquer le cours régulier de la grossesse, si ce n'est dans les derniers jours de jan-

vier. Voici à ce sujet les renseignements qu'elle nous donne lors de son entrée le 3 février 1889 :

Depuis quatre jours, elle n'a pas senti remuer son enfant et elle éprouve une douleur siégeant au voisinage et au-dessus de l'ombilic. Tous ces phénomènes ne pouvaient être rapportés à aucun incident particulier ; elle se croit en travail et c'est pour cette raison qu'elle est venue dans le service.

Examen. — État général bon, ni œdème, ni varices, squelette bien conformé, seins bien développés et contenant du colostrum en abondance. L'abdomen est développé comme chez une femme à terme. Il contient une tumeur occupant surtout la fosse iliaque et le flanc droit, remontant au-dessus de l'ombilic sans atteindre pourtant le rebord des fausses côtes. Cette tumeur semble immobilisée dans l'excavation, mais est mobile dans ses segments moyen et supérieur. Au point de vue des sensations fournies par le palper, on peut considérer trois régions différentes dans cette tumeur : une grande masse donnant la sensation d'un utérus gravide ; puis, au voisinage de l'ombilic, faisant corps avec la tumeur principale, une saillie ayant environ le volume d'une orange, offrant une consistance fibreuse au niveau de laquelle on obtient la sensation de frottements péritonéaux (ce point est très douloureux) ; la troisième région est constituée par une tumeur qui paraît naître de la tumeur principale dans la région sus-pubienne droite et se continue dans la fosse iliaque du même côté ; cette tumeur offrant la même consistance que la tumeur supérieure.

Entre ces deux régions s'étend la tumeur principale fournissant au palper les sensations d'un utérus gravide. Cette tumeur se contracte assez souvent et prend au moment de la contraction la consistance ligneuse. On est assez souvent obligé d'interrompre l'exploration et d'attendre que la contraction soit terminée.

Il est fort difficile de reconnaître par ce moyen d'exploration les diverses parties fœtales. On obtient pourtant dans la partie inférieure de la tumeur, et par la pression, une sensation très nette de crépitation osseuse qui indique la présence de la tête. A l'auscultation, on ne découvre aucun battement fœtal sur toute l'étendue de la tumeur.

Au toucher, on trouve un col encore long mais mou ; dans le cul-de-sac antérieur, se prolongeant à droite, on sent une tumeur lisse, arrondie ayant la consistance demi-molle des fibromes pendant la grossesse.

La température est à 38° ; elle se maintient à ce niveau les jour suivants puis redescend à la normale.

M. Pinard porte le diagnostic d'enfant mort depuis quelque temps chez une femme ayant des tumeurs fibreuses. La femme reste dans le service pendant presque deux mois sans qu'on note aucun incident particulier.

Le 26 mars, elle éprouve des coliques ; son linge est taché de sang. Au toucher, on atteint difficilement le col qui est fermé et se trouve situé très haut en arrière et à gauche. Pendant trois ou quatre jours, léger écoulement sanguin.

Le 28 mars le col paraît plus accessible, plus mou ; le fibrome antérieur paraît plus ramolli. Le 30 mars, le segment inférieur s'est beaucoup abaissé, le col est à peine saillant, l'orifice externe n'est pas ouvert.

Les jours suivants, le toucher donne les mêmes résultats. L'écoulement sanguin a cessé.

24 avril. Légère hémorrhagie durant trois jours ; le toucher ne permet de constater aucune particularité nouvelle.

17 mai. Nouvelle hémorrhagie durant quatre jours, mais apparition de la fièvre et de douleurs abdominales. La température monte à 38° et 39°. Cet état dure huit jours. La tumeur devient immobile. Depuis ce moment, tous les mois se produisent les mêmes phénomènes : écoulement sanguin, fièvre, nausées. Ces symptômes durent huit jours environ. A la suite de chaque poussée péritonitique, la tumeur s'immobilise de plus en plus. Cette femme quitte la maternité de Lariboisière et entre à la clinique Baudelocque.

La dernière poussée péritonitique est du 6 septembre : la température s'est élevée à ce moment jusqu'à 39°. Depuis son arrivée à la clinique Baudelocque, la femme a maigri considérablement ; le facies est pâle et légèrement bouffi. M. Pinard pense qu'il est nécessaire d'intervenir.

L'utérus et la vessie sont repoussés du côté gauche ; en pratiquant le cathétérisme vésical on retire 100 grammes d'urine normale sans albumine. Le cathétérisme utérin est impossible en raison de la situation du col qui est à gauche, en avant, très élevé et inaccessible pour ainsi dire. M. Pinard pratique la laparotomie le 22 octobre à 9 heures et demie du matin après avoir pris les précautions antiseptiques les plus complètes.

Après avoir incisé l'épaisseur de la paroi abdominale, on arrive sur une tumeur paraissant lisse à la surface et contenant le fœtus

On fait alors des sutures avec la soie phéniquée pour réunir cette tumeur kystique à la face profonde de la paroi abdominale. En incisant ensuite la tumeur fœtale, il semble qu'on est sur l'utérus gravide ; pourtant après l'incision et l'extraction du fœtus, les parois ne reviennent pas rapidement sur elles-mêmes et ne prennent pas une épaisseur plus considérable.

L'épaisseur de la paroi kystique paraît à peu près uniforme et atteint environ un centimètre à un centimètre et demi. Plusieurs artères assez volumineuses ont été sectionnées ; il s'écoule de la cavité kystique une assez grande quantité de pus ; on retire le fœtus du sexe féminin, pesant 1520 grammes ; il est adhérent par points à la face interne de la poche kystique ; le cuir chevelu est particulièrement adhérent et reste, pour ainsi dire, en totalité dans la cavité kystique.

Après avoir fait de grands lavages avec la solution de naphtol, on laisse le placenta en place, on bourre la poche de gaze iodoformée, on laisse sept pinces à demeure, on ne ferme ni le kyste ni la paroi abdominale, mais on résèque une petite portion de la paroi kystique pour l'examiner au microscope afin de savoir si on a incisé l'utérus ou un kyste fœtal. On fait un pansement avec de l'ouate iodoformée et on applique une ceinture de flanelle exerçant une compression assez forte pour immobiliser la paroi et les intestins.

Le soir de l'opération, la malade est assez bien ; pas de réaction péritonéale ; pouls petit, faible, 102 ; température 38°,3.

L'opérée n'a pas eu de vomissements ; le sommeil chloroformique a été très bien supporté sans nausées ni vomissements : il a duré une heure et quart environ et il n'a été donné que 50 grammes de chloroforme, mais on avait, un quart d'heure avant l'opération, pratiqué une injection sous-cutanée avec un centimètre cube de la solution suivante, comme l'a conseillé le professeur Dastre :

Chlorhydrate de morphine..........	0.10 centigr.
Sulfate d'atropine..................	0.05 mill.
Eau distillée.......................	10. -- gr.

23 octobre. Le facies est mauvais ; le pouls est petit et fréquent, temp. 38°,9 ; il y a eu deux vomissements ; miction spontanée. On change le pansement : il ne s'est pas fait d'écoulement sanguin. On enlève les pinces à forcipressure et la pièce de gaze iodoformée ; on

place dans la cavité deux gros tubes à drainage en caoutchouc; pendant toute la durée des pansements, on fait de larges lavages avec la solution de naphtol.

Le 23 octobre soir, la malade est encore plus déprimée; pouls 120, très petit; temp. 39°; pas de douleurs.

Le 26, état assez satisfaisant; la malade prend du champagne et du bouillon, pouls 90.

Jusqu'au 28 octobre, on fait deux pansements par jour; mais il est curieux, si on a ouvert l'utérus, de ne voir s'écouler ni sang ni lochies par le vagin, ni une goutte de la solution de naptòl avec laquelle on lave largement le kyste.

Le 28, l'état général est très bon. Malgré les lavages, il ne s'élimine aucune portion de cotylédons ni membranes et la cavité se rétrécit considérablement; cependant elle mesure encore en profondeur 10 centim. et en hauteur 12 centim., car elle remonte sous la paroi abdominale à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le 11 novembre, la malade qui perdait du sang chaque mois à cette époque n'a encore rien vu. Le placenta ne s'élimine que très lentement, par très petits fragments, entraînés par le liquide de l'injection qui ressort louche.

Le 20, l'élimination placentaire est toujours lente et ne se fait que par une sorte de macération. État général excellent.

Le 22, le professeur Pinard pratique le toucher vaginal: le col a repris sa place habituelle; il occupe le centre du canal vaginal, et l'excavation qui était remplie et semblait occupée par de prétendus fibromes se trouve libre.

Quant à la plaie, elle se rétrécit chaque jour; le fond de la cavité se comble également, mais il est anfractueux et il semble qu'avec le doigt introduit par l'incision, on enfonce dans les cotylédons. On laisse toujours les deux tubes à demeure et on fait chaque jour un grand lavage dans la cavité. Depuis l'opération, il ne s'est écoulé par la vulve ni sang ni eau.

1er décembre. La malade qui avait ses règles tous les mois avant d'être opérée n'a rien vu depuis l'opération; nous approchons de l'époque des règles, le sang devra se montrer par la plaie si l'utérus a été incisé.

Le 9, les règles qui n'avaient pas paru le mois dernier apparaissent aujourd'hui; le sang vient en quantité normale et s'écoule par la vulve; il ne se fait aucun écoulement sanguin par la plaie

ni dans l'intérieur du kyste ; du reste l'examen microscopique fait par le Dr Darier montre que la portion du kyste qui a été réséquée n'a pas les caractères de la paroi utérine.

Le 13 décembre les règles cessent ayant présenté leur abondance et leur durée habituelle. Plus de poussée du côté du péritoine.

Depuis huit jours, on fait deux grands lavages par jour, en raison de l'odeur qui résulte de l'élimination de débris placentaires assez volumineux ; on retire avec des pinces des portions de cotylédons du volume d'un petit œuf.

Le 16, la malade va très bien et engraisse ; le ventre a repris en grande partie sa souplesse, et il semble que les fibromes dont on avait constaté la présence pendant la grossesse aient subi un travail considérable de régression, car il serait difficile aujourd'hui d'affirmer leur existence.

Du 20 décembre au 4 janvier, on continue de faire une injection chaque jour dans la cavité qui se rétrécit du reste beaucoup ; le tube est toujours laissé en place parce que le liquide revient encore sale et un peu louche.

Le 15 février on retire définitivement le tube pour permettre à la cavité de se combler et à l'orifice de se fermer, car le liquide injecté revient clair et il ne s'élimine plus aucune portion de placenta.

Le trajet fistuleux persiste, mais la femme se lève, se promène et l'état général est excellent.

Elle quitte le service le 3 mai 1891 pour aller au Vésinet et n'a pas été revue depuis cette époque.

Examen histologique de la paroi du kyste fœtal. — Cet examen fut fait par M. le Dr Darier, répétiteur au laboratoire d'histologie du Collège de France. Voici les deux lettres qu'il adressa le 4 et le 12 novembre à M. le Dr Pinard :

Paris, le 4 novembre.

Monsieur,

M. Malassez m'a confié l'examen d'une pièce que vous nous avez envoyée avec la mention : « *Fragment de paroi d'un kyste fœtal. Est-ce la paroi de l'utérus gravide ?*

Sur les coupes de ce fragment, on trouve sur une des faces une séreuse, le péritoine sans doute ; sur l'autre des bourgeons vascu-

laires dont les éléments sont en dégénérescence graisseuse. Il n'y a aucune trace d'épithélium à la surface de ces bourgeons, aucun prolongement glandulaire non plus.

La paroi du kyste est dans son ensemble presque exclusivement composée de tissu fibreux avec vaisseaux assez gros et nombreux. Il y a fort peu de fibres musculaires lisses qui sont grêles et disposées en tout petits faisceaux dissociés par le tissu fibreux.

En somme, on peut affirmer qu'il ne s'agit pas de la paroi utérine, ni vraisemblablement d'une trompe utérine dilatée, à cause de la rareté des éléments musculaires.

Toutefois, je ne trouve dans ce fragment aucun élément assez caractéristique pour faire reconnaître de quelle variété de kyste il s'agit. M. Malassez à qui j'en ai parlé pense que l'on peut trouver une structure de ce genre dans la paroi de n'importe quel kyste de cette région.

Dans l'espoir que ces quelques renseignements pourront vous être utiles, je vous prie, etc.

Dr Darier.

Paris, le 12 novembre.

Monsieur et cher maitre,

J'ai montré mes préparations à M. Malassez ; il est tombé d'accord avec moi qu'il n'y avait pas dans cette paroi l'aspect ordinaire de l'utérus normal ou gravide. Cependant, il m'a dit avoir l'impression que certains éléments fusiformes très allongés disposés au sein de la couche fibreuse pourraient bien être des fibres musculaires lisses. Elles n'ont pas l'apparence ordinaire de ces fibres, elles sont séparées par des faisceaux conjonctifs et non groupés en tissu ; mais si M. Malassez a vu des dispositions analogues dans les fibro-myômes de l'utérus, il est parfois extrêmement difficile selon lui d'affirmer la nature musculaire de ces éléments; parfois on ne peut dire s'il s'agit d'un fibro-myôme ou d'un fibro-sarcome.

La question importante était donc d'élucider si possible la nature de ces éléments. J'ai employé une des techniques qui réussit le mieux dans ces cas (safranine et potasse à 40 0/0) et j'ai vu nettement ces cellules allongées. Il est possible que ce soient des fibres musculaires.

J'ajouterai même que le renseignement que vous m'avez donné

de la contractilité de la paroi en question rend le fait très probable puisque nous n'y trouvons aucun autre élément musculaire.

En résumé, il n'est pas impossible que la paroi examinée soit l'utérus (probable d'après l'observation clinique ?), mais en tous cas, si c'est l'utérus, il est profondément modifié dans sa structure, laquelle se rapproche de celle de certains fibro-myômes ; j'ajouterai qu'on ne trouve dans ce fragment aucun élément (épithélium ou glande) qui soit caractéristique, ainsi que je vous l'avais écrit.

Veuillez agréer, etc. DARIER.

Cette observation mérite d'être longuement discutée, car il s'agit d'établir à quelle variété de grossesse nous avons eu affaire. (*A suivre.*)

LES KYSTES WOLFFIENS DU VAGIN

ÉTUDE PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE

Par M. le Dr **V. Chalot**, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

A l'heure actuelle, d'après l'ensemble des faits colligés successivement par Winckel, Breisky, Johnston, Poupinel, d'après quelques autres plus récents, on doit admettre que les kystes du vagin, en général, reconnaissent des origines fort diverses. Nous laissons de côté la *colpohyperplasie cystique*, qui ne rentre réellement pas dans le sujet et dont l'importance clinique est d'ailleurs à peu près nulle. Ainsi l'on a :

1° Des *kystes glandulaires*, toujours superficiels, peu volumineux, étudiés d'abord par Huguier, et dont l'existence est désormais consacrée par les observations microscopiques de v. Preuschen, de Heitzmann, de Hückel. La muqueuse vaginale est *parfois* pourvue de véritables glandes dont le canal excréteur s'oblitère et qui deviennent des kystes par rétention.

2° Des *kystes lymphatiques*, sous-muqueux, tapissés à l'in-

térieur par un endothélium et qui proviennent de lacunes conjonctives ou de vaisseaux lymphatiques dilatés (Winckel, Klebs).

3° Des *hygromas*, développés dans des bourses séreuses accidentelles sous l'influence du coït, d'un traumatisme quelconque (Verneuil, Eustache, Tillaux).

4° Des *collections séreuses* formées par décollement traumatique, au moment de l'accouchement, par exemple comme « à la Morel-Lavallée » (Ladret de la Charrière, Thorn).

5° Des *kystes consécutifs à des hématomes.*

6° Des *kystes wolffiens*, c'est-à-dire développés dans des vestiges inférieurs d'un canal de Wolff, vestiges que Rieder et quelques autres observatenrs ont mis hors de doute à tous les âges, mais qui, en tout cas, n'ont rien à voir avec les tubes périurétraux dits de Skene, ainsi que je l'ai montré, il y a quelques années, à la Société de médecine et de chirurgie pratique de Montpellier.

7° Des *kystes mullériens*, c'est-à-dire des collections de mucus, de sang, de pus (mucocolpos, hématocolpos, pyocolpos latéraux) qui se font dans des restes ou rudiments de la partie inférieure ou vaginale d'un canal de Müller (Freund, Kleinwachter, Pozzi, W. Kümmel).

8° Si l'on veut les ajouter à la précédente liste, les *kystes hydatiques paravaginaux* (Hil, Elridge, Porak, etc.).

Tel est le canevas pathogénique des kystes du vagin envisagés dans leur ensemble.

Je ne veux m'occuper ici que d'une de leurs espèces, des kystes wolffiens, dont le rôle, entrevu par J. Veit dès 1867, s'affirme de plus en plus depuis dix années, grâce au concours indispensable des données embryogéniques et de l'histologie méthodique. Pozzi a même pu écrire, dans son très remarquable *Traité de gynécologie*, « que tous les kystes dépassant le volume d'une noisette doivent être rattachés à une origine wolffienne ». Peut-être cette opinion est-elle un peu excessive, devant le petit nombre des observations valables connues en ce moment. Mais, en tout cas,

elle aura le mérite de provoquer et d'accumuler les recherches nouvelles de tous ceux, chirurgiens, anatomistes, ou tératologistes, qui s'intéressent de près ou de loin aux progrès scientifiques de la gynécologie.

Pour mon compte, je suis heureux de pouvoir présenter l'observation d'une malade que j'ai opérée en 1890. Je la ferai suivre d'une courte esquisse relative au diagnostic anatomique et histologique des kystes wolffiens, et je terminerai par quelques considérations sur le traitement opératoire de certains d'entre eux, de ceux qui ont des connexions intimes avec les gros vaisseaux du vagin et qui se prolongent plus ou moins haut vers la base des ligaments larges.

OBSERVATION. — *Kyste muqueux wolffien de la paroi antéro-latérale droite du vagin. Opération. Examen histologique, guérison confirmée, avec 2 figures.* (Cette observation est relatée en partie dans la thèse de Villebrun, un de mes anciens élèves, Montpellier, 28 juillet 1890).

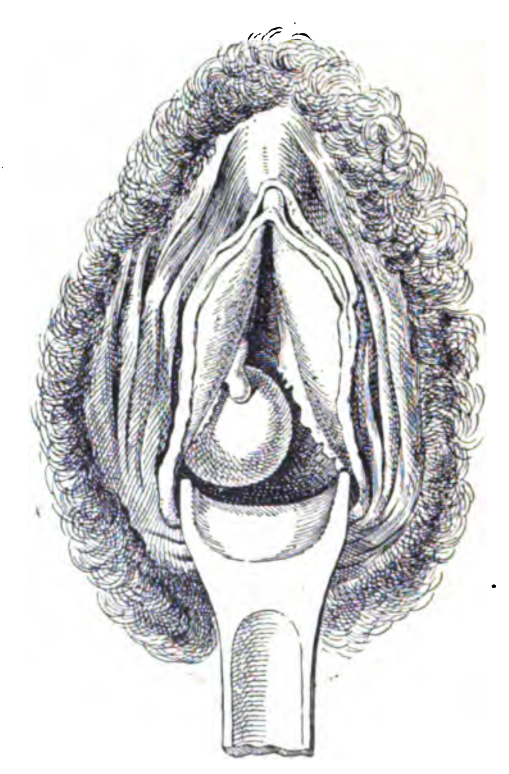
Mme Aurélie Laf..., 40 ans, est venue me consulter le 22 mai 1890 pour une tumeur, soi-disant une hernie, qu'elle avait remarquée depuis quelques années à l'entrée des parties vaginales, et pour des pertes blanches.

Elle a eu trois grossesses, qui sont toutes parvenues à terme, la première il y a quatorze ans, la dernière il y a six ans. Accouchements et suites de couches normaux ; jamais de fausses couches.

Réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans et demi, Mme L... a ses menstrues tous les mois, pendant huit jours, sans douleur, avec une perte de sang assez abondante. Bon état général. Rien de particulier à noter dans ses antécédents personnels et héréditaires.

A l'examen local, on voit proéminer entre les petites lèvres à l'extrémité antérieure de la paroi vaginale antérieure, immédiatement à droite de la colonne, derrière les débris latéraux et supérieurs de l'hymen, une tumeur sphéroïde, arrondie, nettement délimitée, du volume d'un gros marron, recouverte d'une muqueuse blanc rosé, lisse en avant et en bas, et qui est légèrement ridée par places en arrière, dans le sens transversal. Cette tumeur empiète de 1 cent. seulement par son implantation sur la partie laté-

rale droite du vagin. Elle est molle, fluctuante, indolente, opaque, absolument mate ; n'augmente ni par la station verticale ni sous l'influence des efforts et de la toux ; diminue sensiblement par la pression en *s'allongeant vers la partie supérieure du vagin ; s'aplatit facilement* sous une valve de Sims placée contre la paroi



Kyste wolffien de la partie latérale droite, opéré par le prof. Chalot.

correspondante du vagin. Par le tiers environ de son volume, elle fait corps avec cette paroi, et il semble qu'elle siège dans le tissu sous-muqueux de la muqueuse vaginale. Une sonde introduite dans l'urèthre montre que ce dernier est normal et qu'il n'a aucune connexion avec la tumeur. Un stylet de Bowman permet également de reconnaître l'existence et la perméabilité normale des deux tubes périurétraux de Skene ; ceux-ci sont donc indépendants de la tumeur. Vestibule du vagin normal.

Diagnostic : *Kyste du vagin développé très probablement dans le canal de Wolff droit.*

On constate ensuite que les pertes blanches sont dues à une endométrite muco-purulente du corps et du col. Le cathétérisme et le palper combiné démontrent que l'utérus est simple et constitué comme à l'ordinaire.

Traitement : 1° le 30 mai, *curettage utérin complet*, suivi de badigeonnage au chlorure de zinc au 1/20 ; je n'ai pas à décrire cette première opération.

2° Le 5 juin, *excision presque totale du kyste, raclage complémentaire de ce qui en reste.*

Après les précautions ordinaires d'asepsie, la malade étant en position sacro-dorsale, une valve de Sims déprimant la paroi postérieure du vagin et le périnée, j'introduis l'index gauche dans le vagin et le ramène en crochet derrière le kyste pour le maintenir et le faire bien saillir en avant, puis je le ponctionne de la main droite avec le bistouri sur sa face antérieure. Il s'écoule aussitôt, mais lentement, une grande cuillerée d'un liquide gommeux, épais, filant, visqueux, clair jaunâtre, homogène, qui est recueilli dès sa sortie dans un flacon stérilisé en vue de l'examen microscopique et chimique.

L'évacuation à peu près terminée, j'introduis dans l'ouverture la pointe mousse de longs ciseaux droits et divise la poche, devenue flasque, dans tout son diamètre antéro-postérieur.

Pour conserver intact l'épithélium de la face interne du kyste, en cas qu'il y en eût un, aucune manœuvre d'extraction intérieure n'est pratiquée. Je constate, et fais constater à mes assistants, Dr L. Coste et mes élèves, A. Coste, D. Capman, Fabre et Villebrun, sur la coupe longitudinale de la paroi du kyste, que cette paroi est formée successivement de bas en haut : 1° par la muqueuse vaginale ; 2° par une mince couche de tissu conjonctif lâche ; 3° par une membrane fibroïde blanchâtre, très nette, résistante, qui forme liseré sur chaque lèvre de l'incision et qui est bien la *membrane propre du kyste.* Chaque moitié de la poche est excisée successivement au ras de la paroi vaginale et plongée immédiatement dans un flacon d'alcool absolu. Hémorrhagie veineuse assez abondante, qu'on réussit vite à modérer par l'irrigation d'eau bouillie très chaude et par le tamponnement provisoire du vagin au coton salicylique. Chaque lambeau excisé montrait

nettement une membrane interne lisse, ayant les caractères précités.

Dès que l'hémostase m'a paru suffisante, j'ai enlevé le tampon, disséqué et excisé la moitié inférieure au moins de ce qui restait de membrane interne ; l'hémorrhagie veineuse a reparu encore abondante, et *comme la gouttière consécutive à l'excision de la paroi vaginale se prolongeait beaucoup en arrière vers le côté du col utérin (au moins jusqu'à 2 cent. 1/2 de lui)*, dans la crainte d'une perte de sang trop considérable, j'ai renoncé à pousser plus haut la dissection de la membrane propre, dissection complémentaire qui ne m'a pas paru du reste nécessaire pour la cure radicale. Nouvelle hémostase par l'eau chaude et le tamponnement provisoire.

Dix minutes après, les tampons enlevés, je racle énergiquement avec une petite curette de Sims la face interne du restant de membrane propre du kyste. L'hémorrhagie continuant, quoique en quantité moindre, je me suis hâté de faire un dernier lavage du vagin et de le tamponner avec de la gaze iodoformée et du coton salicylé, sans avoir appliqué aucun point de suture. Aucune ligature ni forcipressure d'artère n'a été nécessaire pendant l'opération. Celle-ci a été faite sans anesthésie locale ni générale ; elle a été peu douloureuse. Durée 3/4 d'heure.

Les suites de l'opération ont été absolument normales, sans le moindre symptôme d'inflammation ni de fièvre. Régime ordinaire dès le soir même de l'opération. Par exception, comme les tampons étaient tout imprégnés de sang et que l'on pouvait craindre une décomposition de ce liquide, le premier pansement a été fait au bout de 48 heures. Deuxième pansement à la gaze iodoformée et au coton salicylé le huitième jour ; pas la moindre suppuration ; plaie allongée, granuleuse, très rapetissée. Troisième et dernier pansement le dix-septième jour; la cicatrisation était à peu près complète.

L'opérée est partie en bonne santé ce jour même, après que je lui ai recommandé de ne retirer le tampon que dans cinq jours et de se pratiquer ensuite deux fois par jour des irrigations d'eau bouillie chaude au sublimé 0,25 0/00.

Je l'ai revue, il y a trois mois. La guérison s'est achevée sans le moindre incident. A la place du kyste, la paroi antérieure du vagin présente une cicatrice blanche, lisse, peu apparente, légèrement elliptique, et il n'y a aucune trace de récidive.

Examen histologique des segments du kyste excisés. — Ces segments ont été durcis par immersion successive dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Les coupes ont été colorées au picro-carminate d'ammoniaque et montés dans la glycérine formiquée à 1/100.

Le microscope montre que la paroi totale du kyste est formée par une lame épaisse de tissu conjonctif et de fibres musculaires lisses comprise entre deux revêtements épithéliaux.

En allant de la surface vaginale vers la face interne du kyste, on trouve : 1° *une couche d'épithélium pavimenteux stratifié* identique à l'épithélium vaginal ordinaire, mais présentant par places une épaisseur un peu plus considérable qu'à l'état normal. Au niveau de ces points épaissis il y a une prolifération abondante de la couche profonde du corps muqueux, qui s'est laissé pénétrer aussi par des leucocytes.

2° *Le derme de la muqueuse vaginale*, qui dans ses couches superficielles est extrêmement riche en fibres élastiques. Dans certains points correspondant en général aux épaississements précités de l'épithélium, il est riche en éléments embryonnaires ; ailleurs il est normal. A mesure qu'on avance dans la profondeur des tissus, les vaisseaux deviennent plus volumineux ; on aperçoit de larges veines béantes gorgées de globules sanguins, quelques-unes possédant une paroi conjonctive très épaisse.

3° A mi-épaisseur de la paroi totale, *un plan constitué surtout par des faisceaux de fibres musculaires lisses* coupés dans toutes les directions et séparés par du tissu conjonctif. Çà et là, *des veines énormes et nombreuses donnant l'aspect de tissu caverneux*.

4° *Le derme de la membrane propre du kyste,* riche en éléments cellulaires *et en fibres musculaires lisses ;* formé en outre de tissu conjonctif et de matière amorphe.

5° *Une couche simple d'épithélium cylindrique*, doublée çà et là d'un plan sous-jacent de petites cellules rondes ou ovales. Les cellules cylindriques, très allongées, n'ont pas de cils vibratiles ; elles ont un protoplasma clair et un gros noyau ovalaire vers leur extrémité libre. Par places, l'épithélium *s'invagine* dans l'épaisseur de la membrane propre, formant tantôt de simples dépressions qui ont à peine un ou deux centièmes de millim., tantôt des *digitations tubulées profondes*, simples ou ramifiées. Ces invagi-

nations sont tapissées d'une simple couche de cellules cylindriques, excepté au fond de nombreux culs-de-sac, où l'on trouve au-dessous de ces cellules de petites cellules rondes ou ovales. Aucune cellule caliciforme.

Examen micro-chimique du liquide extrait. — Grande quantité de mucine précipitée par l'acide acétique. Nombreuses plaquettes de cholestérine. Nombreux globules graisseux de 0,15 à 0,25 gr. avec noyau. Autres globules analogues, mais plus petits et sans noyau distinct. Petits éléments arrondis, un peu crénelés et paraissant être des cadavres d'hématies. Une multitude de granulations graisseuses libres.

Comme on vient de le voir, l'examen histologique a démontré que le kyste opéré est tout à fait indépendant de la muqueuse vaginale, et qu'il est lui-même constitué comme membrane propre par une véritable muqueuse. Il s'agit donc d'un kyste congénital. Mais ces caractères sont tous deux communs aux kystes wolffiens et aux kystes mullériens. Comment donc les distinguer à leur tour entre eux? Comment affirmer ou du moins présumer avec quelque raison qu'il s'agit dans un cas donné d'un kyste wolffien plutôt que d'un kyste mullérien, et réciproquement? Le problème n'est pas toujours facile à résoudre, parce que l'étude précise de ces kystes est encore à peine ébauchée et que nous n'avons pas de critérium constant.

Diagnostic différentiel. — Disons tout d'abord que la nature du contenu et les éléments figurés qu'on y rencontre n'ont aucune valeur diagnostique; ce point me paraît désormais hors de conteste. La structure elle-même de la paroi du kyste n'a rien d'absolument caractéristique. D'une manière générale, il est vrai, on a considéré comme wolffiens les kystes qui présentent un épithélium cylindrique, et comme mullériens ceux qui sont tapissés par un épithélium pavimenteux stratifié; mais il ne faut pas oublier qu'on a décrit sur la paroi postérieure du vagin des kystes où l'épithélium était cylindrique, même à cils vibratiles, et qu'on a

observé des kystes antérieurs où l'épithélium était pavimenteux stratifié ou métatypique.

La forme de l'épithélium n'a donc pas toute l'importance que beaucoup lui ont assignée jusqu'à présent. Les invaginations épithéliales simples ou ramifiées n'ont pas davantage de domainé exclusif. *La présence de papilles* semble, au contraire, être spéciale aux kystes mullériens ; malheureusement elle n'est pas constante.

Peut être y a-t-il lieu de songer à une troisième variété de kystes congénitaux constituée par une invagination tératologique de l'ectoderme dans l'épaisseur des parois vaginales. Voilà pour l'histologie.

La topographie éclaire-t-elle davantage le diagnostic ? Lès kystes wolffiens ne peuvent occuper que la paroi antérieure ou mieux antéro-latérale du vagin; mais les kystes mullériens peuvent aussi s'y développer, quoique très rarement. La disposition en série, en chapelet, de plusieurs kystes, n'a rien non plus de particulier. Il en est autrement *de l'étendue verticale:* un kyste ou une série de kystes qui règne sur la paroi antérieure du vagin, passe au-devant ou à côté du col, et se prolonge dans la base du ligament large, est toujours d'origine wolffienne; le kyste mullérien ne dépasse jamais le fornix du vagin. Mais les prolongements paracervicaux ou cervico-ligamentaires, trouvés par Wath, Johnston, Walther, ne sont pas la règle.

Enfin, dans quelques cas, la duplicité de l'utérus fera plutôt admettre un kyste mullérien, bien qu'elle puisse également coïncider avec l'autre espèce de kyste.

En résumé, voici les propositions que j'essayerai de formuler et qui jetteront peut-être quelque lumière sur le diagnostic différentiel en question :

1° *Un kyste qui occupe la paroi antéro-latérale du vagin, se prolonge vers ou jusque dans le ligament large correspondant et présente un épithélium cylindrique, cilié ou non, est sûrement un kyste wolffien ;*

2° *Un kyste qui a même siège et même prolongement, mais*

non un épilhélium cylindrique ou cylindrique pur, est également d'origine wolffienne ;

3° *Un kyste qui a même siège, un épilhélium cylindrique, mais n'a aucun prolongement ou pas de prolongement assez élevé pour atteindre le fornix, reconnaît très probablement* la même origine. Mon cas appartient précisément, je crois, à cette catégorie;

4° *Un kyste qui a même siège, mais un épithélium différent et pas de prolongement,ne peut être classé.* La présence de papilles trancherait pourtant la question d'identité en faveur de la provenance mullérienne.

Traitement.— Le traitement des kystes wolffiens ne diffère guère de celui des autres kystes du vagin, *lorsqu'ils sont peu étendus et facilement accessibles.* Les meilleurs moyens sont : 1° l'excision de la partie saillante, suivie de la membrane propre à la muqueuse vaginale, selon la méthode de Schröder ; 2° l'extirpation totale, précédée de l'incision large ou de la réplétion de la poche par du blanc de baleine (après évacuation du contenu), selon la méthode de Pozzi.

Mais, *lorsque les kystes sont haut placés ou qu'ils se prolongent vers le fornix ou au delà,* il est préférable, à mon avis, de modifier la technique précédente ainsi que je vais l'indiquer. L'extirpation totale est, en effet, malaisée, et surtout elle expose à des hémorrhagies sérieuses comme celles que j'ai eu à combattre chez mon opérée et qui m'ont obligé plusieurs fois à suspendre l'opération. La suture régulière du reste de kyste « à la Schrœder » peut aussi n'être pas facile dans la profondeur du vagin, malgré la précaution qu'on aura prise d'abaisser fortement l'utérus et de bien ouvrir le vagin avec des valves appropriées.

Je recommande donc pour les kystes haut placés la *simple incision* de la partie saillante, accompagnée du *curettage méthodique* et du tamponnement lâche à la gaze iodoformée. Si les kystes ont un prolongement élevé, on *excisera* d'abord la *partie inférieure saillante;* puis, au lieu de disséquer au loin la membrane propre comme je l'ai fait, on la *laissera en*

place, on soumettra *au curettage* sa face interne dans toute son étendue, et l'on terminera encore ici par un tamponnement lâche. L'opération devient ainsi beaucoup plus courte, beaucoup moins agressive, tout en offrant les mêmes garanties curatives.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

WATTS. — *Am. J. of Obst.*, p. 884, 1881.
J. VEIT. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, VIII, 471, 1882.
MAX GRÆFE. — *Ibid.*, VIII, 460, et XIV, 119.
WARREN. — *Trans. of Maine med. Assoc.*, Portland, XIII, 115, 1883.
SCHRAMM. — *Cent. f. Gynæk*, 164. 1883.
KLEINWACHTER. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, XI, 254, 1885, et XVI, 1888.
WINCKEL. — *Lehrb. der Frauenkr.*, 152, 1886.
BREISKY. — *Handb. der Frauenkr.*, III, 73, 1886.
LANNELONGUE et ACHARD. — Traité de kystes congénitaux, p. 442, 1886. Beau cas de kyste congénital antérieur chez une fillette de 1 mois et trois jours (pl. X, fig. 1), mais pas d'examen histologique.
BAUMGARTEN. — *Virchow's Arch.*, CVII, 528, 1887.
JOHNSTON. — *Am. J. of Obst.*, XX, p. 1144, 1887.
W. KUMMEL. — *Virchow's Arch.*, CXIV, 416, 1888.
RICHELOT. — *Un. méd.*, 16 oct. 1888, et *Soc. chir.*, 589, 1888.
POUPINEL. — *Rev. de chir.*, juillet, août 1889.
REBOUL. — *Ann. gynéc.*, 1889.
SANTONI. — Th. Paris, 1890.
VILLEBRUN. — Th. Montpellier, 1890.
WALTHER. — *Soc. anat.*, 17 oct. 1890.
POZZI. — *Traité de gynéc.*, 884, 1890.
KLEIN. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XVIII, 82, 1890; il s'agit ici surtout d'un kyste wolffien parautérin.
RHUTERFORD. — *Obstetrical Transact. of London*, 1891, p. 354. vol. XXXIII.

BASIOTRIPSIE
DANS UN CAS DE GRAVE RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN

Par M. **Marta** (de Venise).

Le 29 mai de l'année dernière, à deux heures après midi, je fus appelé par mon confrère M. le docteur Galante à l'aide

d'une femme primipare âgée de 24 ans, nommée R... V... Cette femme se trouvait en travail depuis 25 heures, assistée par une accoucheuse qui, cela va sans dire, avait négligé les prescriptions antiseptiques conseillées par le médecin. J'ai trouvé la femme en couches surexcitée; elle criait à tue-tête; sa peau était brûlante; sa langue sèche; son pouls présentait des battements faibles et fréquents; sa physionomie était abattue. Cette femme qui exerce le métier de blanchisseuse, n'a commencé à marcher qu'à l'âge de trois ans et a été assujettie de bonne heure au travail. Sa taille est petite; elle ne présente aucune trace visible de rachitisme. Sa colonne vertébrale est droite; point de dépression au sacrum. Le ventre est gros, mais pas tombant, et très sensible à la pression; l'utérus est en état tétanique. On ne perçoit pas les battements du fœtus, et il n'y a plus de mouvements depuis quelques heures. Les membranes s'étaient rompues prématurément, et le cordon ombilical, sans battements, pendait en dehors jusqu'à l'ouverture vulvaire. Le conjugué diagonal mesurait de 75 à 80 millimètres; la tête était au détroit supérieur. Voilà ce que j'ai constaté à mon arrivée, et qui suffisait à tracer ma conduite en pareil cas. Après une soigneuse désinfection, j'endors la patiente et je m'apprête à la perforation avec le céphalotome courbe de Smellie. Ayant retiré l'instrument et après de vains efforts pour accrocher l'ouverture que j'avais faite afin de défléchir la tête, j'applique le céphalotribe Guyon et il sort sous la pression des cuillères une partie de la substance cérébrale. Après une traction assez courte à cause de la préhension qui n'aurait pu tenir longtemps, la tête est défléchie. J'enlève alors le céphalotribe Guyon et j'introduis dans l'ouverture du crâne le perforateur du basiotribe Tarnier et bientôt après la branche gauche. J'obtiens ainsi le petit broiement, mais (ce qui arrive presque toujours) il est très petit et je n'ai ressenti aucune résistance pendant que je fixais le crochet de la branche au manche du perforateur. Ensuite j'applique la deuxième branche ou branche droite,

et l'appareil compresseur, qui fonctionne toujours parfaitement, fit sortir le reste de la substance cérébrale et écrasa avec force les os du crâne. L'extraction a été prompte et facile sans déchirure du périnée. Après cela, j'introduis la main et j'extrais le placenta, car l'utérus inerte saignait et la patiente n'était guère en état de perdre encore du sang. Ayant fait une irrigation intra-utérine à 50° avec une solution de sublimé corrosif à 1 0/00, je tamponne l'utérus et le vagin selon la coutume avec de la gaze iodoformée. La fille que je venais d'extraire pesait 4300 grammes, atteignait une longueur totale de 50 centimètres, et de 30 centimètres depuis le vertex à l'ombilic. J'ai fait sur le champ le modèle en plâtre de la tête écrasée avec l'instrument en place. Les suites de couches furent normales ; après dix jours la patiente quitta le lit ; au quinzième jour elle reprit, au moins en partie ses occupations de blanchisseuse.

C'était la troisième basiotripsie que je faisais pour grand rétrécissement du bassin, et cette fois encore le résultat de l'opération ne pouvait être plus satisfaisant. Il s'agissait d'un bassin plat et rachitique généralement rétréci, mais particulièrement dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. J'ai mesuré, ainsi que je viens de le dire, le conjugué diagonal de 75 à 80 millimètres, mais comme le bassin est un peu incliné, je pense qu'il faut déduire plus d'un centimètre et demi pour obtenir le diamètre minimum. Le promontoire avait une forme acuminée et sa pointe me parut se trouver sur sa ligne médiane. Au moment où j'ai extrait avec la main le placenta, adhérent en grande partie au fond de la matrice, j'ai pu remarquer que la main passait à peine au travers de l'entrée de la cavité pelvienne. En effet je n'avais pas réussi avant l'opération à porter la main dans l'aire du détroit supérieur, ce qui m'aurait permis de constater avec plus d'exactitude le degré d'étroitesse de la cavité. D'asymétrie pelvienne point, quoique j'eusse lieu de la soupçonner au moment de l'opération, la microcorde gauche m'ayant paru plus petite que celle de droite. De fait la

moitié gauche de l'aire du détroit supérieur était vide en grande partie, ce qui donnait sujet de croire que la tête avait trouvé une position plus aisée dans la moitié droite. Pourtant après un examen rigoureux de l'attitude de la tête et de sa position on comprenait que celle-ci était très fléchie et quelque peu enfoncée vers la fosse iliaque droite. Un peu à droite (ou si vous aimez mieux à ma gauche en regardant la patiente) de la ligne moyenne de l'ouverture supérieure de la petite cavité pelvienne on touchait la fontanelle postérieure ; la suture sagittale se trouvait à peu près parallèle à la paroi latérale antérieure du petit bassin, vers laquelle elle était tournée. La face était fortement serrée contre la paroi thoracique antérieure. Les pariétaux chevauchaient, et le pariétal antérieur posait sur le bord supérieur de la symphyse pubienne. La perforation tomba sur le pariétal antérieur à peu de distance de la suture sagittale qui en fut nécessairement atteinte. Dans cette posture l'application des branches du basiotribe aurait été malaisée et sans succès : il fallait tâcher de défléchir la tête : j'ai introduit dans l'ouverture du crâne d'abord le doigt et puis un instrument à T mobile dans sa branche transversale et qui fonctionne comme le tire-tête de Danavra ; tout cela n'eut point de succès. Enfin je parvins à mon but par l'application du céphalotribe Guyon et ensuite du basiotribe Tarnier. La préhension par ce dernier instrument, faite un peu dans le diamètre oblique, ne pouvait être plus forte, plus sûre, et mieux postée. Sous la traction l'instrument a tourné tout seul de manière que sa courbure pelvienne est venue en avant.

Pour compléter mes recherches anamnestiques et l'examen objectif de la malade, j'ajouterai ici quelques notices. V. R... a commencé de marcher assez tard, seulement à trois ans, et jusqu'à l'âge de vingt ans elle s'était mal tenue sur ses jambes. Elle n'est pas boiteuse, et son allure n'est point du tout vacillante. Ses parents se souviennent que, pendant son enfance, elle avait toujours le ventre très gros et que, assujettie de bonne heure, ainsi que je l'ai dit, aux

travaux de son métier, elle devait porter sur ses épaules de lourds fardeaux. Toutefois le sacrum ne me parut pas descendre entre les îles, ni tournée, et les épines iliaques postérieures-supérieures ne me semblèrent pas non plus descendues plus en bas de la fossette lombaire. De prime abord la femme ne présente aucune marque évidente de rachitisme, hormis un petit raccourcissement des extrémités inférieures et un léger renflement de quelques extrémités épiphysaires. Ainsi l'on trouve un peu grossies les régions malléolaires avec proéminence des malléoles internes et avec l'attitude du pied comme dans le pied valgus. Du reste, point de déviation de la colonne vertébrale ; point de dépression du sacrum ; les bosses pariéto-frontales, ni les maxillaires ne présentent aucune proéminence ; nulle courbure n'est à remarquer dans les extrémités inférieures. Le bassin est un peu incliné ; la hauteur de la symphyse pubienne est d'environ quatre centimètres.

Hauteur de la personne.........mètre	1.390
Diamètre biacromial..................	0.355
Circonférence pelvienne................	0.830
Écartement des épines iliaques antérieures-supérieures..................	0.230
Écartement des crêtes iliaques (environ)	0.227
— grands trochanters....	0.302
Conjugué externe.....................	0.173
— diagonal.....................	0.073
— minimum.....................	0.060

D'après tout ce qu'on vient de dire, on doit conclure que dans ce cas, malgré le manque de symptômes réels de rachitisme sur le squelette, il s'agissait bien d'un type grave de déformation rachitique du bassin. C'est-à-dire d'un bassin rachitique aplati, uniformément rétréci, avec rétrécissement maximum au niveau du diamètre conjugué du détroit supérieur.

RECHERCHES HISTOLOGIQUES SUR L'ENDOMÉTRITE PUERPÉRALE

(*Suite et fin.*)

Par E. Bumm (1).

Traduction par le Dr R. Labusquière.

b) *Endométrite septique avec infection générale consécutive.*

Je n'ai eu malheureusement pour étudier cette forme de l'endométrite, que 5 utérus. Dans trois, l'infection avait suivi la voie lymphatique, dans les 2 autres la voie vasculaire.

Parmi les cas d'*infection lymphatique* il en est un remarquable par l'extrême rapidité de son évolution (mort déjà au 4e jour, après un accouchement spontané, et avec les symptômes de la péritonite septique à streptocoques). L'état anatomique observé cadre bien d'ailleurs avec la marche foudroyante de l'infection.

L'examen macroscopique ne révèle rien de spécial sur l'utérus. A la coupe, la paroi utérine paraît régulière, pas d'espaces lymphatiques contenant du pus, pas de thromboses veineuses. L'endométrium présente une couche très adhérente, d'épaisseur variable, gris blanc, qui existe aussi au niveau des plaies du col et à l'orifice du vagin. La surface séreuse de la matrice est recouverte de dépôts fibrineux. Il en surnage de semblables dans l'exsudat péritonéal jaune clair, d'ailleurs limpide. Ce liquide, le sang, la rate, le foie, les reins et l'endométrium fournissent de riches cultures de streptocoques.

Examen microscopique. — La muqueuse qui, çà et là, présente encore des restes de la couche spongieuse, est également semée de streptocoques (en culture pure) et nécroti-

(1) Voir *Ann. de Gyn.*, juin 1892, p. 440.

que. On reconnaît que la couche gris blanc observée à l'examen macroscopique est constituée par la caduque. Les coccus sont tantôt disposés en couches minces, tantôt développés en colonies importantes. Quant à la zone de réaction, c'est à peine si l'on en découvre en certains points quelques vestiges ; en tout cas, elle n'est en rien comparable à celle qui se produit dans l'endométrite localisée. Souvent, les accumulations de cellules rondes manquent complètement, et le tissu nécrotique se continue alors sans démarcation distincte avec le tissu voisin. Précisément, en ces points, les streptocoques pénètrent dans la paroi musculaire, ils la traversent simplement. Il semble que des foyers de germes situés à la surface, la pullulation des coccus pousse comme une sorte de réseau arachnoïdien entre les faisceaux musculaires, tantôt s'épaississant dans les grosses gaines conjonctives, tantôt se réduisant en de fines chaînettes. Le tissu conjonctif interfasciculaire est par endroits remarquablement relâché (œdème inflammatoire de Hoffa, qui ouvre les espaces lymphatiques aux coccus et favorise leur diffusion). Dans les points où l'accumulation des coccus est plus marquée, le tissu musculaire paraît trouble et en voie de dégénérescence. Dans le voisinage existe un faible amas de cellules rondes.

En certains points, on aperçoit aussi de larges espaces lymphatiques qui sont remplis d'amas de coccus. Au niveau de l'aire placentaire, la plupart des espaces veineux sont bien fermés, libres de thromboses et de coccus. Seules, quelques fines lumières veineuses au voisinage de la superficie sont le siège de thromboses légères et contiennent quelques coccus.

Si l'on envisage les choses dans l'ensemble, on voit que dans ce cas les germes infectieux partis de certains points de l'endométrium, et cheminant suivant les fins canaux lymphatiques entre les éléments des tissus, ont pénétré dans la paroi de l'utérus, et à travers celle-ci gagné la surface séreuse pour, finalement, provoquer la péritonite mortelle. Il n'est pas douteux que ce mode de propagation correspond

à celui qu'on observe dans l'érysipèle cutané, et je suis convaincu, par ces constatations histologiques, que la dénomination d' « *érysipèle interne* » proposée par Winckel, reste justifiée pour ce cas et les cas semblables, si même la distinction entre un streptocoque érysipélateux et pyogène n'est plus soutenable aujourd'hui.

Les deux autres préparations d'infection lymphatique que j'ai pu étudier, correspondent au type habituel, *la propagation de l'infection se fait par les gros vaisseaux lymphatiques.*

Entrant dans le détail, je constate ici également que la caduque dans sa couche superficielle est semée de colonies de streptocoques et dans un état de nécrose qui s'étend souvent 0,2 millim. au delà de la zone bacillaire. Aussi loin que s'étend le processus nécrotique, le tissu décidual est transformé en une masse friable dans laquelle les contours cellulaires sont mal dessinés, et où les noyaux ne sont plus visibles. Les corps cellulaires, frappés de mort, sont englobés par un fin réseau réticulaire qui ne se colore pas par la méthode de coloration de la fibrine de Weigert. Les préparations prises sur les points de la caduque, qui, à l'œil nu, paraissaient le siège de membranes montrent qu'il s'agissait en réalité de la caduque nécrosée. Elles paraissent blanchâtres, solides, semblables aux membranes diphtériques, bien qu'elles dérivent uniquement de l'action des streptocoques. Lorsque, simultanément, des germes saprophytes provoquent des phénomènes de putréfaction, les eschares sont plus molles, brunâtres, en tout semblables à des masses putrides.

La zone de réaction est partout visible, mais peu étendue. Quand la muqueuse est frappée de nécrose dans toute son épaisseur, la zone d'infiltration intéresse la couche la plus externe de la musculeuse, et on reconnait aisément que les éléments musculaires restent entièrement passifs et que la zone d'infiltration cellulaire est due à une extravasation de leucocytes. Dans les points où une portion seulement de la

caduque participe au processus de coagulation et où la zone de réaction siège encore en partie dans la muqueuse, il est plus difficile de trancher la question du rôle des éléments fixes du tissu dans la formation de la zone cellulaire. Mais, à mon avis, les cellules fixes de la caduque restent égalcment passives et la zone d'infiltration se constitue aussi au moyen d'éléments extravasés.

Si l'on examine un grand nombre de coupes, on réussit toujours à surprendre le passage des germes de la superficie dans les fentes lymphatiques. On voit comment une fente lymphatique, à bords coagulés, tapissée d'amas de germes, et située à la superficie, s'enfonce de plus en plus profondément dans la paroi musculaire, et l'on peut démontrer, à l'aide des coupes en séries, que cette fente lymphatique se réunit encore plus loin dans la musculeuse avec des orifices vasculaires lymphatiques, infectés. On peut sur les préparations bien colorées par la méthode de Gram reconnaître ces détails, même à l'œil nu.

L'état des vaisseaux lymphatiques infectés, dans la paroi utérine, est très variable : les étroites fentes lymphatiques sont seulement à la paroi pourvues d'une fine traînée de germes, dans le restant elles sont libres ou remplies de masses granuleuses. Dans le voisinage, rien qui rappelle une zone de réaction. Sur d'autres points, les fines fentes lymphatiques sont complètement remplies de germes, comme injectées et l'on voit alors les coccus pénétrer dans le tissu voisin, qui déjà est coagulé et constitue autour des germes comme un large ourlet. En d'autres points, l'invasion des tissus voisins est encore plus avancée. Au centre se trouve le vaisseau lymphatique rempli de coccus, et de ce foyer les germes rayonnent en traînées épaisses vers la substance musculaire. Au voisinage, on remarque déjà une zone de réaction, représentée par une accumulation de cellules rondes. L'inflammation délimitante peut, lorsque la mort arrive assez tardivement, amener la liquéfaction de toute la masse infectée et, à la faveur d'une diapédèse de globules blancs,

la transformer en une cavité purulente, qui affecte une disposition vulvaire en rapport avec la direction des vaisseaux lymphatiques correspondants. Ce que l'on a décrit comme des espaces lymphatiques remplis de pus dans la paroi de l'utérus septique ne correspond pas en réalité simplement à des espaces lymphatiques, mais à des cavités purulentes, effets de la destruction du tissu musculaire avoisinant.

L'aire placentaire présentait dans les deux préparations décrites un état différent. Sur l'un des utérus, les lumières des vaisseaux veineux sont bien fermées, en grande partie vides de sang, et non infectées. Sur l'autre préparation, il existe des thromboses veineuses plus nombreuses, et elles renferment en partie dans leur centre des colonies de coccus (forme mixte d'infection lymphatique et thrombosique). Mais sur les 2 préparations, et au niveau de l'aire placentaire, se remarquent des vaisseaux lymphatiques nombreux et importants qui tous sont remplis par des masses de coccus.

Dans les 3 cas que nous avons étudiés d'infection lymphatique, il s'est développé une péritonite septique à streptocoques et toujours les germes se sont propagés jusqu'à la séreuse par une voie directe, c'est-à-dire à travers la paroi utérine. Si ni Kellermann (1) ni moi n'avons réussi à démontrer la propagation directe des coccus de la paroi utérine à la séreuse, nous avons du moins plusieurs fois pu suivre le tissu musculaire semé de coccus et les espaces lymphatiques infectés jusqu'au voisinage de la couche séreuse. En tout cas, il est resté démontré pour ces 3 cas que les trompes dans leur moitié interne étaient libres de germes et tapissées d'une muqueuse saine. Sur des coupes heureuses, on voyait nettement comment la pullulation des coccus s'étendait dans l'infundibulum tubaire et au delà pour cesser brusquement au niveau de la portion rétrécie. Il s'ensuit que, même dans les cas d'infection septique de l'endométrium, la sténose normale constituée par l'*ostium uterinum*, remplit

---

(1) *Zur. Aetiolog. der. puerper. Peritonitis.* Wurzboug, 1890.

en quelque sorte l'office d'une soupape qui empêche l'invasion des germes à ce niveau.

J'incline donc à croire que d'une manière générale la péritonite à streptocoques résulte de la pénétration directe à travers la paroi utérine jusqu'à la séreuse des germes infectieux, et que la propagation par l'oviducte est absolument exceptionnelle. Cette dernière n'a lieu que lorsque la trompe a subi des altérations pathologiques et qu'elle communique déjà avec la cavité utérine par un large orifice, Dans tous les cas, l'infection s'était propagée à la portion externe de la trompe par la cavité abdominale. Le revêtement séreux de la matrice était partout semé de traînées de coccus, et les germes étaient surtout accumulés au niveau des dépôts fibrineux.

Description des deux *préparations, dans lesquelles la diffusion des germes de l'infection s'était faite par les veines de l'utérus* (forme thrombosique de la fièvre puerpérale, pyohémie puerpérale).

Les modifications au niveau de l'endométrium sont vite représentées. Dans les deux cas il s'agit d'une endométrite septico putride, *localisée.* Le revêtement décidual de la cavité utérine est semé de germes et nécrosé. Indépendamment des streptocoques, il existe de nombreux germes de la putréfaction tantôt isolés, tantôt réunis en colonies. On devait *a priori* s'attendre à la présence de ces derniers, parce que l'endométrium présentait déjà macroscopiquement un aspect graisseux, brun noir, et que dans un cas, observé 3 heures seulement après la mort, il existait une fétidité marquée. Sur le tissu nécrosé, il fut impossible de reconnaître la disposition primitive des tissus préexistants, car ils étaient transformés en une masse homogène.

La portion nécrosée est partout séparée du tissu sain par une couche épaisse de cellules multinucléées. Les germes ne pénètrent pas dans la zone de réaction nettement constituée ; la musculeuse de l'utérus paraît normale, et les vaisseaux lymphatiques et sanguins paraissent indemnes de germes.

Toutefois, l'aire placentaire fait exception à cet état. A l'œil nu, l'aire d'insertion du délivre correspond à l'aspect du reste de l'endométrium. Dans les 2 cas, le décollement du placenta s'est effectué de la façon la plus régulière, et on n'en a constaté sur la face interne de l'utérus aucun vestige. Sur la coupe, on voit de nombreuses lumières de vaisseaux, sièges de thromboses, qui se laissent poursuivre d'une part jusqu'à la surface de la muqueuse, et d'autre part jusqu'aux ligaments.

Examen microscopique de la coupe. — La couche nécrotique de la zone de réaction se comporte au niveau de l'aire placentaire exactement comme sur les autres points de l'endométrium. Des vaisseaux utéro-placentaires, les artères sont partout parfaitement rétractées, indemnes de thromboses et non infectées. Par contre, on peut étudier de la façon la plus nette sur les veines thrombosées tous les degrés de l'infection.

Les thrombus ont cette disposition anatomique connue: les globules rouges du sang sont englobés dans un réseau de fibrine finement fasciculé, dans lequel sont semés des leucocytes isolés. Dans les points où les germes se sont déjà fortement multipliés, commence une désagrégation granuleuse de la masse du thrombus. Dans la portion des thrombus qui avoisine la surface de la caduque, on rencontre, outre les streptocoques, des germes de la putréfaction. Plus profondément, dans le parenchyme utérin, on ne voit plus au niveau des thromboses que des chaînettes. En résumé, les saprophytes restent en arrière, tandis que les germes septiques pénètrent plus profondément (1).

(1) Bien que ce fait parût absolument démontré sur les deux préparations que j'ai étudiées, je me garderai de trop généraliser. J'ai déjà insisté plus haut sur cette particularité que les thrombus offrent un tissu à vitalité amoindrie, qui autorise à penser que plusieurs sortes d'organismes peuvent y trouver un terrain de culture favorable. En faveur de cette hypothèse, plaident ces cas de pyohémie où les abcès métastatiques présentent d'emblée un caractère de putridité et dans lesquels on trouve, outre les

Règle générale, l'invasion des coccus se fait suivant l'axe des thrombus. Au centre de la masse thrombosique, apparaissent les premières fines traînées de coccus, de là les germes rayonnent vers la périphérie, vers la paroi veineuse. La dégénérescence granuleuse de la masse du thrombus suit parallèlement la diffusion des germes. Au début, la paroi veineuse paraît normale, mais, à mesure que les germes se multiplient, elle s'infiltre de cellules rondes. Celles-ci envahissent la lumière du vaisseau qui, finalement, renferme un détritus complexe, des restes de la masse du thrombus, des leucocytes et des germes. Enfin, sur certaines veines, on peut constater les premiers degrés de la multiplication des germes dans la paroi de ces vaisseaux.

Sur l'état de l'endothélium des veines, il m'a été impossible de me créer des notions précises. Il semble cependant qu'avec les progrès de l'infection, il soit frappé de nécrose. Sur les deux préparations, les veines des ligaments larges sont également le siège de thromboses infectées. Elles donnent les mêmes figures que les thromboses observées sur la paroi utérine.

III

Coup d'œil général sur les résultats obtenus — Dans nos observations, nous avons toujours retrouvé une même lésion : *la couche superficielle de l'endométrium sur laquelle les germes s'implantent primitivement et dans laquelle ils*

streptocoques, des germes de la putréfaction. En ce qui concerne la forme lymphatique de l'infection puerpérale, la proposition suivante formulée par Widal : « *la muqueuse utérine agit à la façon d'un filtre, qui laisse seulement passer le streptocoque pyogène, à l'exclusion des autres microbes contenus anormalement dans la cavité de la matrice* » s'applique sans doute sans restriction, mais, à l'heure actuelle, et pour la forme thrombosique, son application comporte des réserves.

se développent plus complètement est frappée de nécrose — elle se transforme en eschare. Tel est le caractère anatomique commun à tous les cas, voici maintenant où les différences s'accusent.

Dans l'endométrite septique, mais localisée, la couche à germes et nécrosée est séparée des tissus sains par une zone de réaction, épaisse paroi formée de cellules rondes. On observe pareille condition anatomique dans la forme thrombosique de la fièvre puerpérale. La paroi de granulation protectrice est ici également bien développée; les germes ne pénètrent pas plus loin, si ce n'est au niveau de l'aire placentaire où les thromboses veineuses fournissent un milieu nutritif favorable à leur développement.

Cette paroi granuleuse est bien moins développée dans les cas où la diffusion des germes se fait par la voie lymphatique; elle fait presque complètement défaut dans les formes sévères de la septicémie, où les coccus partis de l'endométrium, et semblablement à ce qui se passe dans l'érysipèle cutané, traversent simplement la paroi utérine.

Les germes sont toujours les mêmes, il s'agit dans tous les cas du streptocoque septique.

Comment expliquer les différences observées? Bien qu'il s'agisse toujours des mêmes micro-organismes, toujours de la même plaie puerpérale, l'infection dans un cas reste localisée, dans un autre elle se généralise, les germes infectieux se diffusant tantôt par les vaisseaux lymphatiques, tantôt par les vaisseaux sanguins.

Dans l'état actuel de nos connaissances, ces différences s'expliquent ainsi : *tout démontre que la cause de l'évolution diverse de l'infection réside dans l'agent morbigène, dans les bactéries.*

Le *nombre* des micro-organismes n'a qu'une influence tout à fait secondaire. Tout au moins, je n'ai pas trouvé de différences notables dans le *nombre des micro-organismes* occupant la zone nécrosée dans les formes bénignes ou malignes.

D'autre part, c'est un fait bien connu, que les plus petites quantités de substance toxique peuvent, avec des plaies très minimes, donner lieu aux formes les plus sévères de la septicémie.

Reste le *degré de virulence* des bactéries. Widal (1) et Chantemesse (2) ont étudié ce point spécial, sur lequel je me suis étendu beaucoup moi-même dans un travail antérieur (3). Ce que l'on doit entendre par virulence, ainsi qu'il ressort des recherches de Smirnow (4), n'est pas une propriété spéciale, indépendante des autres fonctions vitales des bactéries — quelque chose comme une faculté de sécrétion de poison, etc. — mais un accroissement de la force de résistance des bactéries, une exagération de la puissance de toutes leurs fonctions vitales, qui permet aux agents pathogènes une fois qu'ils ont pénétré dans l'organisme de résister victorieusement à l'action défavorable des humeurs et des tissus et de se multiplier en dépit d'elle. Bouchard (5) s'est exprimé de la façon suivante sur les modifications des tissus au niveau de la porte d'entrée de l'infection par rapport à la virulence des agents infectieux : « Si l'immunité est nulle ou si la virulence est excessive, la lésion locale peut faire défaut, l'infection est d'emblée générale ; si l'immunité est absolue ou si la virulence est nulle, la lésion locale peut faire défaut, mais l'infection générale manque également ; si l'immunité est relative ou si la virulence est modérée, il y a grande chance pour qu'il se produise une lésion locale et, dans le cas où cette lésion locale sera effectuée, l'infection générale sera épargnée ; elle apparaîtra, au contraire, s'il n'y a pas

(1) *Eod. loc.*

(2) *Arch. de toc.*, 1890, XVII, p. 623.

(3) *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIV, Hft 3.

(4) *Zeitsch. f. Hygien.*, 1884, VI.

(5) Rôle et mécanisme de la lésion locale dans les maladies infectieuses. *Compt. rend. de l'Acad. des Sciences*, 1889, 109, p. 691.

eu de lésion locale ». Or, les lésions observées sur l'endométrium cadrent bien avec ces propositions.

Ce n'est qu'en seconde ligne que se place l'influence des conditions anatomiques locales sur la diffusion des micro-organismes.

C'est une notion banale que l'infection septique généralisée est une éventualité rare à la suite des fausses couches, tandis que l'endométrite est une de leurs complications assez fréquentes. Il faudrait rechercher la cause de ce fait dans le peu de développement des vaisseaux sanguins et lymphatiques aux premiers mois de la grossesse (Chantemesse).

Par contre, consécutivement aux grossesses gémellaires et au défaut de rétraction de la matrice, l'infection septique généralisée s'installe plus facilement. D'autre part, sur les 3 préparations provenant d'infection lymphatique, je constatai au niveau de l'aire placentaire des espaces lymphatiques en si grand nombre que j'incline à penser que, même dans les conditions physiologiques, le système lymphatique doit être plus fortement développé dans cette région de l'utérus que dans les autres. Il est possible d'ailleurs que la rétraction de la paroi utérine soit plus imparfaite au niveau de l'aire placentaire, et que ce soit là une condition favorable à la pénétration des germes dans les larges espaces lymphatiques.

Mais où je crois que les conditions anatomiques locales ont une importance évidente sur la diffusion des germes, c'est dans la forme thrombosique de la fièvre puerpérale.

Cette forme de septicémie puerpérale, si on la compare à la forme lympho-septicémique, est relativement bénigne. A cause d'un défaut de contraction et de rétraction de l'utérus, les veines ne sont pas, comme il le faudrait, oblitérées simplement par l'accolement de leurs parois, mais par des masses thrombosiques. Or, ces masses contenant des tissus morts ou du moins non organisés, constituent un milieu nutritif, un terrain favorable sur lequel les germes infectieux peuvent se propager au delà du foyer primitif.

En terminant, une remarque : Nul, plus que moi, n'a parfaite conscience que mes recherches sur les conditions histologiques et bactériologiques de l'endométrite puerpérale, offrent de grandes lacunes. Je les ai néanmoins publiées, d'une part, parce que j'ignore si je disposerai bientôt des matériaux nécessaires pour m'efforcer de les combler et, d'autre part, pour susciter de nouvelles recherches sur la question. Que d'intéressants matériaux restent inutilisés ! Ce n'est pourtant qu'à force de recherches bactério-histologiques prolongées qu'on pourra arriver à rectifier les classifications artificielles, schématiques encore acceptées aujourd'hui, qu'on réussira à voir clair dans la symptomatologie si protéique de la fièvre puerpérale et à établir des divisions conformes à la réalité. Widal, dans son travail maintes fois cité, a adopté une classification nouvelle, qu'il a basée sur le mode d'action des germes morbides sur les tissus : a) *suppurée,* b) *diphtéritique,* c) *septicémique.* Il m'est impossible, d'après les notions acquises jusqu'ici, de juger décisive la raison de cette classification, aussi j'ai conservé pour le moment la division ancienne qui, elle, a pour base la notion du mode de diffusion de ces germes, de la voie qu'ils suivent pour envahir l'organisme (1).

(1) Au travail de Bumm sont annexées plusieurs planches coloriées qui figurent bien les constatations bactério-histologiques faites par l'auteur.

REVUE CLINIQUE

DEUX CAS DE MONSTRUOSITÉS FŒTALES

Par le Dr **Toujan** (de Toulouse).

I. — HYDROCÉPHALE. — PHOCOMÈLE. — ECTOMÈLE.

Le 27 novembre dernier, à onze heures du soir, Mlle Sacrère, sage-femme à Castanet, me faisait prier d'aller terminer un accouchement au village de F..., situé à quinze kilomètres de Toulouse.

La parturiente, Mme R..., âgée de 28 ans, multipare, était à sa quatrième couche.

Les premières avaient donné naissance à un enfant qui mourut quatre ans plus tard sans avoir jamais ni marché, ni parlé. Sa tête dépassait le volume normal.

Les deuxièmes couches avaient été gémellaires. L'un des deux jumeaux ne vécut que deux mois. L'autre jumeau et l'enfant des troisièmes couches sont vivants et bien portants.

Mme R..., rude paysanne, de taille au-dessus de la moyenne, fortement charpentée, n'avoue aucun antécédent pathologique ou spécifique.

État de la mère. — A mon arrivée, je trouvai la parturiente dans le décubitus dorsal, en travail depuis soixante heures.

La poche des eaux s'était rompue vingt heures auparavant. Se trouvant seule chez elle, Mme R..., croyant à l'expulsion très prochaine de l'enfant, avait appelé au secours. Respiration facile, pouls à 100 pulsations, ventre en besace.

État du fœtus. — L'auscultation du cœur fœtal ne me donne aucune indication, je ne pus parvenir à l'entendre. La mère me raconta alors qu'elle avait reçu quinze jours auparavant un coup de tête de bœuf dans la région abdominale, tandis qu'elle se rendait à une fontaine voisine.

Cet accident avait été suivi de troubles nombreux. Le fœtus était mort.

Au toucher vaginal, je sentis une tumeur molle, fluctuante, située à trois centimètres en arrière de l'anneau vulvaire, tumeur qui pouvait être facilement prise pour une bosse séro-sanguine. En avant, je constatai qu'elle occupait l'excavation entière.

Je me demandai si je ne me trouvais pas en présence d'une présentation de l'abdomen ou plus simplement d'une dilatation de la vessie.

Mon hésitation ne fut pas de longue durée. Je pus, avec l'index et le médius de ma main droite, pénétrer au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche contre laquelle je sentis, en inclinant mes doigts en forme de crochet, une oreille et l'angle du maxillaire inférieur du fœtus. Je trouvais, en outre, une fluctuation de la tête avec l'allongement caractéristique de la dolicocéphalie.

Je diagnostiquai une hydro-dolicocéphalie en position occipito-iliaque gauche antérieure, en rotation non terminée.

Je devais intervenir. Après avoir pris toutes les mesures de l'antisepsie la plus rigoureuse, je fis une application du forceps Tarnier.

Pour cela, j'introduisis d'abord ma main droite qui servit de guide protecteur à la branche gauche de l'instrument jusqu'à la symphyse sacro-iliaque gauche. Cette branche était en rapport avec la tête du fœtus de telle façon que l'oreille fœtale était dans la fente.

La branche droite, occupant une position analogue de l'autre côté de la tête, était en rapport avec le ligament sacro-sciatique.

Le forceps était ainsi enfoncé jusqu'à la poignée et les branches de traction se perdaient sur le quart antérieur du plancher périnéal. Je les fixai avec le manche à verrou sans aucune difficulté.

Le temps principal de l'application du forceps ainsi terminé, il ne me restait plus qu'à extraire la tête sans l'endommager et sans causer de lésions des parties maternelles.

Assis sur une chaise, j'exerçai, dans l'axe du bassin, des tractions lentes et mesurées correspondant à chaque contraction nouvelle de l'utérus.

Après cinq ou six efforts, j'aperçus une partie du cuir chevelu se présentant en forme d'ampoule à l'orifice vulvaire.

En ce moment je pratiquai une petite rotation d'un demi-quart de cercle. Malheureusement, le forceps menaçait de lâcher prise. Je prévoyai même le moment où les branches allaient déraper. Je

n'ai pas attendu davantage. J'ai désarticulé l'instrument et je l'ai enlevé pour en faire une seconde application.

L'opération terminée, j'ai pu extraire la tête et le corps du fœtus sans dommage pour la mère. Mlle Sacrère, en aide intelligente et avisée, soutenait le périnée pour éviter autant que possible toute déchirure.



La délivrance opérée, je procédai à un abondant lavage, au bichlorure de mercure en solution au millième, des organes génitaux internes et externes.

L'intervention et l'accouchement n'avaient pas duré plus de trente minutes.

Examen du fœtus. — Le fœtus présentait un double cas de

monstruosité. Ayant demandé et obtenu l'autorisation de le garder, j'ai pu l'examiner à mon aise.

Je l'ai porté, dès le lendemain, à la Faculté de médecine où M. le Dr Charpy, le savant professeur d'anatomie, voulut bien nous consacrer une partie de sa leçon à l'amphithéâtre.

Voici sa description :

Poids : 2300 grammes.	Longueur totale :	0,54	centimètres.
Tête. —	Circonférence de la tête........	0,49	—
	Diamètre occipito-frontal......	0,165	millimètres
	— bitemporal..........	0,110	—
	— occipito-mentonnier..	0,120	—
	— bifrontal............	0,100	—

Le crâne était rempli d'un liquide, ressemblant à de la bouillie sanguinolente, décomposé. Le cuir chevelu était très résistant ; les fontanelles présentaient un écartement considérable. L'antérieure n'avait pas moins de 0,08 centimètres de longueur. Les deux pariétaux chevauchaient l'un sur l'autre.

Exophtalmie à droite.

Cou. —	Longueur du cou..............	0,058	millimètres
	Circonférence..................	0,160	—
Thorax. —	Diamètre bi-acromial..........	0,090	—
	Grande circonférence thoracique.	0,30	centimètres
	Grand diamètre transversal.....	0,10	—
	Diamètre antéro-postérieur.....	0,06	—
Bras gauche. —	Longueur..................	0,065	millimètres
Avant-bras gauche. —	Longueur..........	0,045	—

Main gauche. — Trois doigts, le plus externe double portant deux ongles très marqués à la hauteur de la phalangine.

Bras droit. — Longueur 0,058 millimètres. Il est remarquable par sa brièveté, les malformations sont portées à un plus haut degré qu'à gauche.

L'avant-bras est complètement absent et la main malformée semble s'attacher directement sur le bras, ce qui donne à l'ensemble du membre supérieur l'aspect saisissant d'une nageoire.

La main droite possède quatre doigts, les deux derniers en syndactylie.

Les organes génitaux sont normaux et du sexe masculin.

Les membres inférieurs semblent bien conformés.

Le reste du corps était couvert de plusieurs plaques de sphacèles de différentes dimensions indiquant une mort déjà éloignée.

L'orifice anal laissait filtrer une certaine quantité de méconium.

Il y avait donc à la fois, hydrocéphalie, phocomélie et ectromélie.

Il m'a été impossible, malgré les recherches les plus minutieuses, de découvrir une cause quelconque pouvant expliquer la pathogénie d'une semblable malformation. Le trouble d'évolution qu'ont subi les membres supérieurs, ne saurait être rattaché, cela va sans dire, au traumatisme du dernier temps de la grossesse, car l'évolution et la formation de ces parties s'accomplit à une époque bien antérieure. C'est vers la quatrième semaine que se détache du tronc le bourgeon qui doit former le membre supérieur ; à l'extrémité se dessinent les bourgeons digitaux dont la division s'effectue vers le second mois de la vie intra-utérine. En sorte que toute cause susceptible de troubler l'évolution normale des membres, doit agir dans les deux premiers mois et l'on ne saurait légitimement invoquer un accident survenu plus tard.

Je ne parle que pour mémoire des impressions morales, des objets vus, redoutés ou désirés, toutes causes dont l'influence va tous les jours diminuant, et dont nous ne pourrions nous expliquer le mode d'action.

Parmi les causes capables d'altérer le plus profondément la formation normale des membres supérieurs, je dois citer les adhérences qui se font entre ces bourgeons embryonnaires et les membranes de l'œuf. L'atrophie, le défaut de division des bourgeons (syndactylie), la fusion des deux bourgeons voisins en un seul (ectrodactylie) sont la conséquence presque certaine de ces adhérences embryo-amniotiques.

Quant à apprécier les causes plus éloignées qui ont pu amener ces adhérences elles-mêmes, nous devons avouer ici notre impuissance, et dire qu'en dehors des traumatismes, d'une influence héréditaire, encore mal appréciée, nous ne savons absolument rien. La syphilis ne paraît pas, plus qu'un autre vice constitutionnel, être un facteur fréquent des

malformations, à moins cependant, que la conception ait lieu dans une période très virulente de la maladie, sinon les fœtus hérédo-syphilitiques, sont cacochymes, vieillots, mais généralement exempts de malformations.

Dans le cas que je viens de rapporter, aucune des influences connues ne paraissait avoir exercé une action spéciale.

Seule l'hydrocéphalie et l'absence de développement intellectuel du premier né semblent indiquer chez les procréateurs, peu développés eux-mêmes au point de vue intellectuel, une tendance à donner le jour à des enfants à système nerveux défectueux, peu développé ou malformé.

II. — PARENCÉPHALIE AVEC MALFORMATIONS MULTIPLES

Le 20 novembre 1891, vers onze heures du soir, Mme Tailland, sage-femme, me priait de l'assister auprès de Mme Suzanne B..., en travail depuis neuf heures du matin.

La poche des eaux était rompue à deux heures de l'après-midi. A mon arrivée, j'aperçus la parturiente dans le décubitus dorsal, laissant voir, entre ses cuisses, les trois quarts du corps d'un fœtus en présentation du siège, dos en arrière.

Mme Suzanne B... me parut bien constituée et de bassin normal. J'ai su plus tard qu'elle avait marché à dix-huit mois, avait été réglée à onze ans et avait joui d'une excellente santé jusqu'à l'époque de son mariage survenu le 23 mai dernier. Les règles avaient apparu pour la dernière fois un mois jour pour jour après le mariage.

Accouchement. — Au moment d'intervenir, je remarquai, couvrant les grandes et les petites lèvres, une véritable pléiade de taches et de plaques de mauvais aloi sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure.

J'introduisis, pour atteindre le cou du fœtus, l'index et le médius de ma main droite dans le vagin, au niveau de la fourchette, tandis que de ma main gauche, je soulevai les deux pieds déjà expulsés et pendants au dehors. Cette manœuvre était à peine commencée, avec toute la douceur et la lenteur désirables en pareil cas, qu'à ma grande stupéfaction le tronc se détacha de lui-même et tomba, retenu seulement par le cordon ombilical demeuré intact.

Ce cordon sectionné, j'allai à la recherche du placenta et de la tête fœtale qui étaient restés dans la cavité utérine.

A l'aide du spéculum à large valve de Collin, éclairé par une simple lampe et guidé par le cordon, je vis successivement : le col de l'utérus toujours en dilatation, la partie placentaire, à laquelle adhérait l'extrémité supérieure du cordon et une petite masse blanchâtre qui me parut être l'ovoïde céphalique.

Que devais-je enlever tout d'abord ? Le placenta s'engageant le premier, mon hésitation ne pouvait être de longue durée. Je le saisis avec la pince à faux-germe de Pajot et l'amenai, en le détachant du segment inférieur de la muqueuse utérine auquel il adhérait.

Quant à la tête, je la fixai, sans aucun effort, avec le crochet souple de Delore, de Lyon. et m'aidant de la pince à faux-germe, par un mouvement de traction, je pus l'extraire sans causer la moindre lésion des parties maternelles.

Je terminai l'accouchement par un large lavage antiseptique au bichlorure de mercure des organes génitaux internes et externes de la parturiente.

État de la mère. — J'ai mentionné l'existence de plaques et de taches couvrant les grandes et les petites lèvres de Mme Suzanne B...

La délivrance achevée, j'examinai plus attentivement la malade. Les ganglions de l'aine étaient saillants et douloureux, ceux de la région cervicale et sous-maxillaire faisaient également saillie ou, plus exactement, présentaient une induration prononcée, caractéristique. A la bouche la lèvre inférieure portait, à gauche, la cicatrice d'une ulcération relativement récente. Enfin Mme B... me parut manifestement avoir perdu la plus grande partie de ses cheveux.

Je cherchai autour d'elle, des renseignements qui pouvaient confirmer le diagnostic de syphilis secondaire qui me paraissait évident.

J'appris que la parturiente avait été couverte d'une éruption analogue à celle de la roséole, que ses cheveux étaient effectivement tombés en quantité considérable.

Enfin son mari m'avoua s'être marié atteint de syphilis, porteur d'un chancre induré et unique à la lèvre inférieure. Il avait encore des plaques muqueuses dans la bouche, comme sa femme du reste, et sa gorge présentait au niveau des piliers antérieurs, l'inflammation caractéristique en forme de cœur de carte à jouer.

Le diagnostic se confirmait, et l'accouchement prématuré de Mme B... avait été provoqué par son état pathologique spécial.

Autopsie du fœtus. — Le fœtus, de six mois et demi environ, me parut mort depuis une quinzaine de jours, laps de temps pendant lequel sa mère, qui ne le sentait plus remuer, subit des troubles profonds.

Il portait sur le corps des marques évidentes de putréfaction au début, taches bleuâtres, ulcérations sur les fesses.

Dans ces conditions, ne pouvant songer à le garder davantage, je résolus, quoique l'heure fût avancée (minuit et demi), d'en faire sur-le-champ l'autopsie.

Il pesait 2200 grammes, mesurait quarante-trois centimètres de longueur et vingt centimètres de circonférence thoracique.

Voici le résultat de la nécropsie :

Tête. — La tête était bien au-dessus du volume normal d'un fœtus de cet âge ; en la saisissant entre les mains, on sentait une masse pleine de liquide, prenant la forme aplatie par une légère compression. La face était lisse, on aurait dit que la figure était recouverte d'un voile; on ne constatait aucune trace des ouvertures buccale, nasale et oculaire.

En ballottant la tête, on percevait le bruit d'un choc de liquide contre les parois.

A l'ouverture du crâne, pratiquée avec de simples ciseaux, il s'est écoulé environ 150 grammes d'un liquide séro-sanguinolent. Le cerveau manquait dans sa presque totalité. Des vestiges du chiasma des nerfs optiques existaient. Le lobe gauche du cervelet était à moitié apparent, à l'encontre du lobe droit qui était absent. Le bulbe paraissait entièrement formé.

Cou. — La tête était reliée au thorax par un pédicule de trois centimètres de long sur quatre centimètres d'épaisseur contenant deux carotides, deux jugulaires d'un calibre très petit, entourant un cordon qui me parut un reste de l'œsophage.

Des vertèbres cervicales, on ne voyait que l'axe antérieur de l'atlas.

Thorax. — Poumons incomplètement développés, lobe supérieur absent.

Cœur. — Le cœur gauche seul existait. La veine cave inférieure se bifurquant à quatre centimètres du cœur en deux branches, l'inférieure allant au trou de Botal, la supérieure s'abouchant avec

une crosse aortique de cinq centimètres de long sur deux de large en son plus grand diamètre.

Le diaphragme est représenté par deux petites lames à la base du thorax.

Abdomen. — Les intestins sont constitués par un tube renflé à sa partie supérieure, renflement représentant probablement la poche stomacale et se terminant, après plusieurs circonvolutions, dans le bassin.

Foie. — Le foie est excessivement développé, remplissant presque toute la cavité abdominale.

Organes génitaux. — Les organes génitaux sont du sexe masculin et bien conformés.

Telles sont les remarques que j'ai pu faire au cours de cette autopsie hâtive mais consciencieusement pratiquée.

Je dois déclarer, en terminant, que les suites de couches ont été très heureuses et complètement apyrétiques.

Un traitement antisyphilitique, institué dès le lendemain, a déjà donné d'excellents résultats.

Mme B... s'est levée pour vaquer à ses occupations ordinaires le dix-huitième jour après sa délivrance.

Tels sont les deux cas de monstruosité qu'il m'a été donné d'observer dans la même semaine. Dans cette dernière observation, c'est-à-dire chez Mme B..., l'influence combinée de la syphilis du père et de la syphilis de la mère doit seule être incriminée. L'action virulente de la maladie s'est traduite chez l'enfant par des malformations multiples dont l'atrophie des bourgeons de la face est le trait le plus saillant.

Il est donc légitime de dire, en manière de conclusion, et d'après les deux observations que je viens de rapporter, que si la syphilis des procréateurs, déjà ancienne, atténuée par conséquent, tue le fœtus en apportant un obstacle grave à la nutrition, la syphilis précoce, virulente, entrave le développement d'une façon si considérable que l'évolution normale s'en trouve enrayée.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin 1892.

Fistules recto-vaginales.

M. ROUTIER, après avoir insisté sur les difficultés de l'oblitération de ces fistules, après avoir montré les divers inconvénients des procédés vantés dans ces derniers temps, en particulier par MM. Le Dentu, Quénu, etc., cite l'observation suivante : Une femme, âgée de 23 ans, ayant présenté une déchirure du périnée après un accouchement par le siège, subit une périnéorrhaphie. Le périnée étant très épais, la restauration se fit très bien en bas, mais manqua dans le haut. Il en résulta une fistule située au-dessus du sphincter, à 1 centimètre 1/2 de la vulve ; puis une rectite avec débâcle glaireuse se déclara. Dans ces conditions, on opéra d'abord cette malade par l'avivement simple de la suture de la fistule. Insuccès complet. C'est alors que M. Routier vit la malade et l'opéra, le 7 décembre 1891, par le procédé de M. Félizet. Il n'obtint qu'un résultat pitoyable. Il dut alors faire la section du périnée et une périnéorrhaphie, après résection des bords de la fistule. Guérison. Cette observation démontre qu'en somme le meilleur procédé de traitement pour les fistules recto-vaginales est la périnéorrhaphie et que le procédé de M. Félizet lui est bien inférieur.

M. POZZI. — Le dédoublement simple du périnée sans sutures ultérieures, c'est-à-dire le procédé ancien qui remonte à Saucerotte (1801), n'a donné jusqu'ici que de notoires insuccès. A son avis, le seul traitement de ces fistules recto-vaginales est la périnéorrhaphie faite sans préoccupation de la fistule. Reste à savoir maintenant quel est le meilleur procédé de périnéorrhaphie à employer quand le périnée est compromis, c'est-à-dire quand il y a rupture sous-cutanée du périnée ; le meilleur procédé est celui de Lawson Tait, c'est-à-dire le dédoublement très large du périnée, qui ménage la région et permet cependant le déplacement et la mobilisation du rectum. La méthode de Tait est applicable dans tous les cas, mais surtout quand le périnée est

très flasque ; pourtant, quand ce dernier est solide et intact, ce procédé, quoique très hardi, est encore indiqué. Quand la fistule siège très haut, tout près du col de l'utérus, Sænger a démontré que la périnéotomie transversale permettait de les guérir, à condition de faire des décollements considérables. Dans les cas analogues à celui de M. Routier, la périnéorrhaphie pourrait peut-être être remplacée par une opération plus simple : la suture directe de la fistule par le vagin, cette suture étant faite soit par le procédé de Fristch, soit grâce à l'aide du perfectionnement indiqué par Sænger.

M. Bazy, quand il a à traiter une fistule recto-vaginale, néglige de s'occuper de la fistule et fait la périnéorrhaphie ; dans un cas où le périnée était détruit, il a employé le procédé d'Emmet ; quand le périnée est conservé, il a recours au procédé de Lawson Tait.

M. Marc Sée. — Chez une femme jeune, ayant une fistule recto-vaginale, suite d'un accouchement, mais ayant le périnée encore intact au-dessous de la fistule très haut placée et dans laquelle pouvait pénétrer l'index, il fendit en arrière le sphincter anal et se créa ainsi une large voie pour arriver sur la cloison recto-vaginale. Il put alors aviver la fistule et suturer la muqueuse rectale en fermant la fistule de ce côté ; puis par le vagin il fit de même. Il ne referma pas l'incision faite en arrière du rectum et tamponna ce dernier avec de la gaze iodoformée. La malade guérit très bien et ne présenta jamais d'incontinence des gaz.

M. Terrier a opéré, il y a plus d'un an, une fistule recto-vaginale d'une variété spéciale par un procédé qui lui semble nouveau. Il n'a pas été satisfait du résultat, mais il pense que cela est dû à ce que son opération a été forcément incomplète. Il s'agissait d'une femme présentant une collection purulente dans le petit bassin, collection communiquant d'une part avec le vagin, d'autre part avec le rectum. Il en résultait qu'à certains moments le rectum communiquait avec le vagin par une fistule très haut placée. M. le Dr Terrier résolut d'attaquer cette fistule par la voie sacrée. Après avoir dénudé le vagin et le rectum, il ouvrit la poche purulente, aperçut les orifices de communication du rectum et de la poche au fond d'un infundibulum très profond. Il fit une suture au niveau du rectum. Au contraire, au niveau du vagin, il ne pratiqua aucune suture : ce qu'il aurait dû songer à faire à ce moment-là. La

malade est restée guérie 1 mois après cette intervention ; mais une fistule survint alors, mais elle était très petite. M. Terrier est convaincu que, s'il avait fait la suture du vagin, la malade serait complètement guérie.

M. Lucas-Championnière ne partage pas l'optimisme de la plupart des auteurs sur le traitement des fistules recto-vaginales. Les malades ne se ressemblent pas du tout. Il y a des cas très difficiles, ainsi que le prouvent plusieurs opérations que cite M. Championnière. Il ne comprend pas pourquoi les auteurs hésitent à pratiquer la périnéorrhaphie dans ces cas. Le périnée ne manque jamais : ce qui manque, c'est la fistule. M. Labbé et d'autres auteurs ont fait à diverses reprises l'opération qu'a décrite M. Sée.

M. Marchand a opéré cinq cas de fistules recto-vaginales. Dans un cas, la malade opérée deux fois de suite ne fut pas guérie. Dans trois autres cas, la section du périnée donna trois guérisons.

M. Régnier a fait deux opérations de périnéorrhaphie avec succès, dans des cas analogues. Il appuie les remarques de M. Lucas-Championnière.

M. Pozzi insiste pour qu'on remarque bien la différence qu'il y a entre les diverses opérations qui ont été proposées pour la cure des fistules recto-vaginales. Pour lui, on n'est pas au même point où l'on en était il y a quelques années, quoi qu'en dise M. Championnière. On sait qu'il y a des cas qui doivent être plutôt traités par un procédé que par un autre.

M. Routier. — Les remarques formulées par M. Pozzi sont très exactes. Je n'ai cité mon observation que pour montrer l'infériorité de certains procédés et la supériorité de quelques-uns, entre autres la périnéorrhaphie.

A. B.

REVUE ANALYTIQUE

I. — DU PLACENTA

Études nouvelles sur le développement du placenta humain. (Weitere Studien über die Entwicklung der menschlichen Placenta), Gottschalk. *Arch. f. Gyn.*, Bd XL, Hft 2, p. 209.

Il s'agit d'une étude très laborieuse, dont nous analyserons seu-

lement quelques chapitres, car il nous paraît difficile de donner, ici, un aperçu suffisant de l'œuvre complète : 1) *Paroi limitante déciduale. Sinus coronaire. Circulation sanguine placentaire.* Sous le nom de « *paroi limitante déciduale* », Gottschalk désigne la portion de caduque appelée aussi « *caduque placentaire sous-choriale* » (Kölliker), « *anneau d'occlusion* », Schlussringe (Waldeyer). La sérotine forme une certain nombre de saillies, mais, en dehors de ces saillies, il s'en rencontre une plus élevée, circulaire, et qui siège au point de conjonction de la sérotine, de la caduque réfléchie et de la caduque vraie. Sur une pièce pathologique décrite par l'auteur, elle était haute de 16 millim. et épaisse de 1 à 1-2 1/2 millim.

Ce relief circulaire qui marche à la rencontre du chorion se dirige en haut et en dedans, et forme une sorte de cône tronqué, dont le sommet est constitué par le chorion et la base par la sérotine. *Histologiquement, ce relief circulaire, cette « paroi limitante » est constituée par la couche cellulaire de la caduque vraie qui borde la sérotine ;* c'est la caduque vraie, non la sérotine, qui la forme. La couche glandulaire, comprenant quelques orifices glandulaires, concourt à cette formation qu'on peut se représenter de la façon suivante : le relief décidual, en massue, développé autour de la sérotine et aperçu par l'auteur dès la première moitié du second mois de la grossesse exerce, à mesure qu'il se développe, une traction sur la couche cellulaire de la portion sous-jacente de la caduque vraie. Sous l'influence de cette traction la couche spongieuse subit d'abord un mouvement centripète vers le fœtus, mais, à la limite de son extensibilité, le tissu de cette couche cède, se déchire, et, de ce fait, il se produit, dans l'intérieur de la caduque vraie, une fente, une solution de continuité dont l'étendue est évidemment proportionnelle au degré de la traction imprimée par la couche cellulaire. Cette fente a sa plus grande largeur au pourtour de la sérotine et s'amincit de plus en plus à mesure qu'elle s'en écarte. *Ce processus de division, de lamination déciduale dans l'intérieur de la caduque vraie, conséquence de la formation de la paroi limitante, possède une grande importance relativement au développement en surface du placenta ; d'autre part, c'est à ce processus que le sinus coronaire* (Ringsinus) *doit aussi sa production.*

Sur le tiers supérieur de la paroi limitante, et sur sa face

externe se trouvaient, faiblement accolées, quelques villosités ; elles ne pénétraient pas le tissu. Or, si ces villosités s'étaient ultérieurement développées davantage, elles auraient évidemment atteint la portion marginale de la caduque réfléchie et fusionnée avec elle. En conséquence, même dans le processus physiologique, il peut se rencontrer dans la caduque réfléchie, marginale, des villosités émanées du chorion touffu.

En ce qui concerne le système vasculaire, voici ce que l'auteur a observé : sur une coupe intéressant la paroi limitante, et le tissu sous-jacent, il y avait une artère très sinueuse, qui allait en se dilatant de plus en plus à mesure qu'elle s'avançait vers l'œuf ; par contre, ses parois devenaient de plus en plus minces, et elle finissait par se résoudre en un réseau qui, à la surface de la paroi limitante, déversait le sang par quelques orifices entre cette paroi et la caduque réfléchie. Des capillaires veineux et des veines, qui se dilataient de plus en plus en cheminant vers le placenta, se réunissaient dans un espace dépourvu de parois, de forme variable, l'espace, résultant de la solution de continuité produite au niveau de la couche spongieuse par la formation de la paroi limitante et correspondant à l'angle formé par la base de cette paroi et la base de la fente adjacente.

Cet espace sanguin, au résumé, s'alimente de tout un plexus de vaisseaux veineux, et constitue le sinus commun pour les veines du bord placentaire et de la paroi limitante.

La dénomination de « *sinus marginal* », que lui ont donnée les auteurs est donc parfaitement appropriée.

L'auteur ne se range pas à l'opinion de Kölliker que presque tout le sang veineux s'écoule par le sinus coronaire. Ce sinus reçoit spécialement le sang veineux des régions périphériques du délivre ; toutefois, il est en connexion avec tous les sinus sanguins par les espaces fœtaux intervilleux. Survient-il dans un sinus sanguin des phénomènes de stase sanguine, immédiatement le sang peut trouver une issue à travers les espaces fœtaux villeux, et s'écouler dans les sinus voisins ou même dans le sinus marginal. Toute stase sanguine prolongée se trouve ainsi prévenue. En certains cas, il peut survenir, au même moment, une obstruction telle d'un grand nombre des orifices utérins de dégagement des sinus sanguins que presque tout le sang s'écoule forcément dans le sinus marginal, qui devient la voie efférente obligée.

Mais, dans les conditions ordinaires, *il est avéré que chaque sinus sanguin a ses vaisseaux afférents et efférents*. D'une manière générale, et conformément à l'opinion de Bumm, c'est le mouvement de *vis à tergo* imprimé au sang dans chaque sinus par l'ondée artérielle qui, surtout, régularise la circulation placentaire.

2) *De l'accroissement en surface du placenta.* — Hofmeier dit que « dans les tout à fait premières semaines de la grossesse, aussi longtemps que l'œuf ne s'est pas encore étalé sur une très grande partie de la muqueuse », il est vraisemblable que les couches de la caduque vraie s'étirent, se décollent et continuent la caduque réfléchie, et que, simultanément, les villosités choriales bourgeonnant s'implantent dans les couches profondes, élargissant ainsi la zone d'insertion primitive de l'œuf.

J'admets, dit Gottschalk, *ce processus, mais sous cette réserve importante, qu'il continue non seulement pendant les premières semaines de la grossesse, mais jusqu'à ce que l'œuf ait rempli complètement la cavité utérine, c'est-à-dire jusqu'au commencement du troisième mois.* La caduque réfléchie, en effet, ne peut suivre le développement de l'œuf, qu'à condition de soulever les couches superficielles de la caduque vraie et de les attirer à elle. Elle trouve ainsi les éléments nécessaires à sa propre structure et, de plus, elle facilite l'extension des villosités par la solution de continuité qu'elle produit au niveau de la couche spongieuse. On conçoit aussi que cette membrane soit plus mince, plus atrophiée au niveau du pôle de l'œuf opposé à la zone d'implantation, plus épaisse au contraire en son point de réflexion au niveau de la caduque vraie.

C'est seulement lorsque la caduque réfléchie s'accole intimement à la caduque vraie, lorsqu'aussi l'œuf remplit complètement la cavité utérine, que la caduque réfléchie est allégée dans un certain degré de la pression exercée par l'œuf, pression qui, alors, se répartit aussi sur la paroi utérine. *Alors seulement la caduque réfléchie a atteint son point de départ définitif de la caduque vraie, alors seulement aussi est terminé le rudiment de la caduque réfléchie.*

Dans la suite de la grossesse, la caduque réfléchie ne s'empare plus de tissus appartenant à la caduque vraie. Dès lors, elle se développe parallèlement à l'utérus, c'est-à-dire qu'elle s'étire et

s'amincit de plus en plus. *Seulement, avec la terminaison complète du rudiment de cette membrane, l'extension de la sérotine n'est pas complètement achevée.* L'aire de la caduque utéro-placentaire s'accroît en effet, et grâce au processus de formation de la paroi limitante, car la séparation que ce processus entraîne au niveau de la caduque vraie, favorise la pénétration et l'implantation à ce niveau de nouvelles villosités. En résumé, *l'achèvement de la sérotine coïncide avec celui de la paroi limitante.*

L'auteur, se basant sur les notions précédentes, étudie ensuite une foule de points qui ont trait à la pathologie du placenta : placenta *prœvia*, placenta *marginata, succenturié*, etc., etc., et termine par une étude du chorion touffu et de ses villosités au 3e mois de la grossesse.

R. L.

L'accroissement prétendu du placenta après la mort du fœtus, dans la grossesse extra-utérine. (Oh the alleged growth of the placenta in extra-uterine gestation after the death of the fœtus.) D. Berry Hart, d'Edimboucg. *Am. J. of Obst.*, juin 1892, p. 721.

Hart cite un passage où L. Tait dit que les descriptions des auteurs établissent le fait, l'extrait d'une discussion qui eut lieu en 1887 à la Société obstétricale de Londres (*Obst. Trans.*, XXIX, p. 506 ; puis il cite Kn. Thornton (*Brit. Gyn. Journ.*, IV, p. 37, Fr. Barbour (*Gynecology*) et Bland Sutton (*Diseases of the Ovaries*) qui admet la possibilité du fait.

Mais il ne l'accepte pas lui-même. Il faudrait, dit il, avant tout, prouver :

« 1° Que le placenta, lorsque le fœtus est vivant, est distincte-
« ment plus petit que dans les cas où le fœtus est mort quelque
« temps avant l'examen.

« 2° La partie qui a continué de s'accroître doit être démontrée
« par des préparations microscopiques. »

Cette preuve n'a pas été faite.

Puis Hart discute en détail quelque cas, et donne des figures à l'appui de son dire. A. Cordes.

De la production du placenta prævia. (Die Enstehung der placenta prævia), Ahlfeld. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd XXI, Hft 2, p. 335.

On sait qu'Hofmeier se fondant sur les constatations faites sur

un œuf abortif, gémellaire, est arrivé à cette conclusion : *le placenta prævia n'est autre chose qu'un placenta formé aux dépens de la caduque refléchie qui correspond au pôle inférieur de l'œuf, placenta qui, ultérieurement, fusionne avec la caduque vraie du segment inférieur de la matrice.* On sait aussi que Kaltenbach a fait des constatations analogues à celles d'Hofmeier sur deux utérus extirpés pour cause de dégénérescence cancéreuse, et qu'il s'est absolument rallié à la nouvelle théorie : « *le placenta est prævia quand les villosités choriales persistent ou se reforment dans la caduque réfléchie au niveau du pôle inférieur de l'œuf;* cette anomalie placentaire est le résultat d'un processus à l'aide duquel le fœtus cherche à s'assurer l'oxygène et les principes nutritifs qui lui sont nécessaires ».

Par contre, Ahlfeld combat la nouvelle théorie et il résume, dans ce travail, ses objections de la façon suivante : *a*) l'œuf gémellaire sur lequel Hofmeier a voulu trouver la démonstration anatomique de sa théorie a été tellement lésé, qu'on est en droit de douter de la légitimité des conclusions tirées de l'état anatomique observé.

b) Si même la manière de voir d'Hofmeier s'était réalisée, c'est-à-dire qu'au bout d'un certains temps il se fût formé dans cet œuf un lobe placentaire au-dessus de l'orifice interne, ce n'eût jamais été qu'un « *placenta prævia spuria* ».

c) Vraisemblablement, il n'y aurait pas même eu formation d'un « *placenta prævia apparent* » (*spuria*), mais le tissu placentaire de la portion de caduque réfléchie située profondément se serait, dans la suite du développement de l'œuf, atrophié, et on n'aurait plus trouvé à ce niveau qu'une réflexe épaissie ainsi qu'on en observe très fréquemment à la périphérie de l'arrière-faix.

d) Quant aux deux utérus enlevés par hystérectomie vaginale pour dégénérescence cancéreuse, ils sont encore moins propres à servir de fondement à la théorie d'Hofmeier-Kaltenbach; car, il est fort probable qu'il s'agit là d'un processus de développement normal, car, d'une part, l'œuf ne s'insérait pas anormalement bas et que d'autre part la transformation du chorion frondosum en chorion lœve n'était pas terminé.

La théorie nouvelle ne permet pas d'expliquer les phénomènes les plus importantes qui se manifestent au cours du placenta prævia, elle ne fournit en effet aucune explication suffisante.

a') Du relâchement, du ramollissement du segment inférieur de l'utérus et du col.

b') De l'hémorrhagie durant la grossesse.

c') De la formation de thromboses, constatables sur l'utérus puerpéral, au niveau de l'orifice interne.

d') De l'adhérence solide, si fréquemment observée, du lobe situé le plus bas, avec la caduque.

e') De l'insertion marginale sur la portion placentaire se présentant la première, insertion si commune dans les cas de placenta prævia.

f') Des nombreuses anomalies de forme du placenta prævia.

g') De la production réitérée du placenta prævia dans les grossesses successives ; récidive si souvent relevée.

Les raisons invoquées par Hofmeier et Kaltenbach contre la théorie ancienne sont impuissantes à la ruiner.

1) La nidation primitive de l'œuf dans le voisinage et même au-dessus de l'orifice interne est parfaitement possible, parce que, dès le début de la grossesse, l'orifice externe est rétréci du fait du développement de la caduque ; il n'y a plus de sécrétion venant de la cavité utérine.

2) A mesure que s'accomplit le développement excentrique de la cavité utérine, l'œuf peut très bien se développer de bas en haut.

3) On comprend aussi que le chorion d'un œuf à insertion très basse peut se développer ultérieurement sur l'orifice interne, si l'œuf met à s'entourer de la caduque réfléchie plus de temps qu'on ne le croit en général.

4) La théorie ancienne élucide suffisamment les phénomènes qui signalent l'évolution du placenta prævia par le fait que la portion la plus basse du segment inférieur de la matrice est réellement transformée en caduque; enfin, elle explique mieux que la nouvelle les faits cliniques anatomiques énumérés de *a'* *g'*.

R. L.

Nouvelle contribution à l'étude du placenta prævia (Ein neuer Beitrag zur Lehre von der Placenta prævia), F. AHLFELD. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 12, p. 225.

Ahlfeld relate une observation destinée à démontrer que *l'œuf s'est primitivement inséré sur le segment inférieur de l'utérus, et que le placenta de cet œuf s'est développé jusqu'à l'orifice interne.*

Obs. — Elle concerne une femme qui fut apportée à la clinique parce qu'à 8 mois environ de grossesse elle avait été prise d'une hémorrhagie abondante. Lors de son admission, on put, à travers la cavité cervicale qui admettait un doigt, sentir le tissu placentaire. L'hémorrhagie cessa sous l'influence du repos, mais, un mois après environ, elle se reproduisit à deux reprises, et la seconde fois si violente que la nécessité de faire l'accouchement s'imposa. Orifice externe admettant 2 doigts et dilatable. Immédiatement au-dessus de la symphyse, on arrive sur les membranes. Les autres points de la partie accessible du pôle inférieur de l'œuf ne donnent la sensation que d'un tissu villeux. Rupture des membranes à ce niveau, saisie d'un pied, version, extraction lente. Enfant vivant. 30 minutes après, délivrance par expulsion du placenta.[1]

Placenta et membranes complets. L'arrière-faix a la forme d'un triangle, dont l'extrémité correspondait à l'orifice interne. La base, longue de 17 centim., était située en haut, les 2 côtés mesurent 14,5 et 12 centim. Poids, 550 grammes, en rapport avec celui de l'enfant 3,150 gr. L'épaisseur est celle d'un délivre normal, un peu plus forte cependant au niveau de la pointe inférieure. D'autre part, cette pointe regarde vers la face fœtale, de sorte que, le délivre reposant sur une table, elle s'en écarte un peu. Cette disposition éveille l'idée qu'elle devait reposer sur l'orifice interne, et par conséquent faire un coude avec le reste du placenta inséré sur la paroi postérieure de la matrice. Le cordon s'insère dans le voisinage de l'angle supérieur droit du placenta.

Ahlfeld conclut des constatations faites, que ce placenta ne pouvait s'insérer que sur le segment inférieur de l'utérus. La pointe inférieure reposait sur l'orifice en train de s'ouvrir, car il n'existait d'ouverture du sac fœtal que dans le point au niveau duquel la main du chirurgien avait pénétré dans l'œuf. L'arrière-faix reposait sur la paroi postérieure et latérale, car, les membranes n'étaient accessibles qu'en avant, au-dessus de la symphyse. La distance de l'extrémité placentaire qui reposait sur l'orifice interne à la base du délivre était seulement de 10 centim. Et comme la hauteur totale de l'utérus était de 27-28 centim., *il s'ensuit que le tiers inférieur seulement de la paroi utérine donnait insertion à l'arrière-faix.*

Un examen pratiqué 8 jours après fournit les renseignements suivants :

Le col, presque complètement reformé, admet un doigt. L'orifice interne donne la sensation d'un anneau très distinct. Au-dessus de l'orifice, existent des masses molles, dont on enlève de quoi remplir le creux de la main (caillots sanguins, thrombus). On perçoit très nettement le siège de l'insertion placentaire. Elle occupe seulement le tiers inférieur de la paroi postérieure et des parois latérales, et circonscrit une zone d'environ 3,5 centim. de hauteur. Sur la paroi antérieure, au-dessus de l'orifice interne, la muqueuse est absolument lisse comme dans les autres régions de la cavité utérine encore spacieuse. Les thrombus arrivent jusqu'à l'orifice interne, à ce point que plusieurs, sous forme de petits polypes, proéminent dans le col. Nouvel examen 2 jours après, qui confirme les constatations précédentes.

En résumé, toutes les particularités relevées sur le placenta (dimensions, forme, distribution des vaisseaux) aussi bien que sur l'utérus en processus d'involution, témoignent que l'arrière-faix s'insérait seulement sur le tiers inférieur de l'utérus et arrivait jusqu'à l'orifice interne. R. L.

Sur le décollement prématuré du placenta normalement inséré (Ueber vorzeitige Lösung der Placenta bei normalen Sitz), M. Graefe. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIII, Hft 2, p. 427.

On accordait jadis, dans l'étiologie du décollement prématuré du placenta normalement inséré, un rôle prépondérant au traumatisme, traumatisme qui, disait-on, avait pour effet direct ou indirect (par déchirures vasculaires, hémorrhagie, et effort sanguin) ce décollement. Plus tard, avec Winter, Veit, Fehling, Cohn-Carsten, etc., on plaça la cause principale de ces décollements prématurés dans des altérations de l'arrière-faix (altérations déciduales, etc.). De son côté l'auteur a pu également constater sur un placenta, qui était normalement inséré, et prématurément décollé des modifications pathologiques. En un de ses points et sur une étendue d'environ 10 cent. le tissu placentaire débordait d'une façon notable la ligne d'insertion des membranes. Et ce fut précisément ce lobe erratique qui se décolla primitivement. Les caillors sanguins noirâtres et solidement adhérents à ce lobe, qui de plus tranchaient vigoureusement sur les caillots récents répartis sur le reste la surface de l'arrière-faix, aussi bien que la dépression profonde qu'ils avaient produite à ce niveau, ne laissaient

aucun doute à cet égard. Ce fut là, suivant Graefe, la condition principale du décollement placentaire; quant à la cause déterminante, elle fut représentée par une brièveté du cordon qui, au lieu de la longueur moyenne de 50 cent. n'en mesurait que 31.

A l'occasion de ce cas, Graefe étudie la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la complication en question. En ce qui concerne le traitement, voici en résumé ce qu'il conseille. Que l'hémorrhagie soit interne ou externe, notre conduite doit être réglée d'après l'abondance de l'hémorrhagie. Quand elle n'est pas menaçante pour la mère, il ne faut pas, sous prétexte qu'elle peut le devenir ou que l'enfant est en danger, forcer l'accouchement. Le plus souvent, la vie de l'enfant est déjà hors de cause avant que le médecin puisse intervenir.

On doit attendre, tout en se préoccupant soigneusement de l'état de la femme. Goodel a donné le conseil de rompre les membranes, dans le double but : 1) de permettre à l'utérus, grâce à une évacuation partielle, de se contracter et de diminuer ainsi la surface saignante; 2) d'accélérer et de fortifier la mise en jeu des contractions. On a objecté à ce conseil, que cette évacuation partielle de l'utérus devait avoir pour résultat de diminuer la pression intra-ovulaire, qui s'oppose à la continuation de l'hémorrhagie, et par conséquent de favoriser la production d'une hémorrhagie interne. En réalité, il faut beaucoup tenir compte de l'activité utérine, de la régularité des contractions. Quand l'activité utérine est soutenue, que les contractions sont bonnes, on est en droit d'espérer que la rupture de la poche des eaux aura pour effet de fortifier encore l'énergie des contractions.

La poche des eaux étant intacte, on peut essayer du tamponnement du vagin, lequel est susceptible d'apporter un obstacle à un nouvel écoulement de sang au dehors. Mais il ne faut pas oublier qu'une hémorrhagie interne est à la rigueur possible, et par conséquent il importe de bien surveiller parturiente et utérus.

Dans les cas où l'hémorrhagie s'accompagne rapidement des symptômes menaçants d'une anémie aiguë, l'intervention doit être énergique : a) *accouchement forcé;* b) *opération césarienne.*

Comme le plus souvent il s'agit de multipares, les conditions sont en général assez favorables pour l'accouchement forcé. La cavité cervicale admet facilement 2 ou même 3 doigts, ce qui rend possible la version combinée. Parfois, cependant, à cause de la réni-

tence au niveau de l'utérus produite par le sang accumulé, l'action dévolue à la main abdominale est difficile à remplir. La version accomplie, il est des cas où l'extraction n'est possible qu'après qu'on a pratiqué à l'orifice externe des incisions profondes, opération qui, sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse, a perdu beaucoup de son ancienne gravité.

Quand les conditions sont défavorables (col long, étroit, dur, etc.) à l'accouchement forcé et que le danger est imminent, la césarienne s'impose. R.-L.

Du décollement prématuré du placenta. (Die vorzeitige Losung der Placenta von normalen Sitz). *Korrespondenzblatt f. schweizer Arzete,* 1891, n° 7, et *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 21, p. 407.

L'auteur relate en détail 4 exemples de cette complication, survenue dans tous les cas vers la fin de la grossesse. Subitement, les femmes sont prises d'un sentiment de défaillance, allant parfois jusqu'à la perte de connaissance. Elles accusent de la pesanteur, de la plénitude, des douleurs, des tiraillements dans le bas-ventre. La plupart du temps, il s'écoule par le vagin du sang liquide, mais peu de sang en caillots. L'exploration digitale permet d'écarter l'hypothèse d'un placenta prævia. Le pronostic pour l'enfant est mauvais (2 vinrent morts, 5 durent être perforés). Pour la mère, il est très grave. L'une des femmes fut emportée par une abondante hémorrhagie utérine.

Les 3 autres tombèrent dans un état d'anémie profonde, dont elles se relevèrent néanmoins peu à peu. Dans 2 cas, l'accident fut précédé de traumatismes. *Dans aucun il n'y avait de l'albuminurie.* 2 fois l'auteur parvint à constater au niveau de la couche de séparation de la caduque de ces altérations qu'on étiquette : endométrite déciduale. En ce qui concerne le traitement, il consiste à terminer au plus tôt l'accouchement.

Mais, en certains cas, l'expectation est obligée à cause de l'état de l'orifice externe. Faut-il faire la césarienne ? L'auteur la déconseille, parce que d'une part l'enfant aura généralement déjà succombé et que la femme est trop faible pour supporter un traumatisme aussi grave. Le tamponnement du vagin est inefficace. Quand l'orifice externe est fermé, il faut s'efforcer autant que possible de conserver intacte la poche des eaux, jusqu'à ce qu'on puisse introduire deux doigts. A ce moment, on rompt les membranes et, si

l'état de la femme l'exige, il est possible de procéder à l'évacuation de l'utérus. L'accouchement terminé, on tâche de réveiller les contractions utérines, et, le cas échéant, on combat l'hémorrhagie par le tamponnement de l'utérus. R. L.

Deux cas de myxo-fibrome du placenta. (Zwei Falle von sogenanntem myxoma fibrosum placentæ), R. STEINBUCHEL, 1892. *Cent. f. Gyn.*, n° 25, p. 465.

L'un des placentas fut extrait à la suite d'un accouchement spontané à terme, parce qu'il y avait hémorrhagie. Le second fut spontanément expulsé à la suite d'un accouchement gémellaire, survenu vers le 7e mois de la gestation. Dans ce cas, les 2 placentas confluaient ; la masse totale du double délivre pesait 1,620 grammes ; elle mesurait 32 centim. en longueur et 25,5 en largeur. Sur la 1re pièce, il y avait une tumeur plus grosse qu'un poing d'adulte, qui était unie au tissu placentaire par un pédicule, court, ayant l'épaisseur du petit doigt et constitué par des vaisseaux. La surface de cette tumeur était nodulaire, lobulée, et les nodosités étaient séparées par des sillons d'inégale profondeur. Sur la seconde pièce existaient plusieurs tumeurs analogues, qui en certains points soulevaient le chorion. Des examens macroscopique et microscopique, il ressort que ces tumeurs ressortissent à ces cas qui ont été déjà décrits par Virchow et Breus et qu'ils ont dénommés, à cause de leur structure anatomique, myxo-fibromes du placenta. Ces néoplasmes n'apportent en général aucun trouble dans l'évolution de la grossesse ; il suffit, pour le praticien, de savoir qu'ils sont susceptibles de donner lieu, au moment de la délivrance, à des hémorrhagies abondantes (1). R. L.

II. — OPÉRATION CÉSARIENNE

Opération césarienne. (A case of cæsarean section), par WYMAN. *Medical Record*, 1er août 1891, p. 125.

M. J..., primipare, arrivée au terme de sa grossesse, a des douleurs et la dilatation du col se fait très lentement. Le médecin, essayant

(1) On sait que Virchow a décrit le premier la structure histologique de ces tumeurs, qui consistent essentiellement dans une hypertrophie des villosités choriales avec dégénérescence fibreuse du tissu muqueux des villosités.

d'activer les choses, s'aperçoit que la dernière vertèbre lombaire proémine fortement en avant et s'oppose d'une manière complète à l'expulsion du fœtus. Opération césarienne : incision commenmençant à 5 cent. au-dessus de l'ombilic et se prolongeant jusqu'au pubis; l'utérus apparaît et on trouve que le placenta s'attache à l'angle gauche du fond; incision de l'utérus; la tête du fœtus se montre la première; extraction du fœtus et aussitôt après du placenta. Peu d'hémorrhagie. L'intestin ne se montra pas une fois dans la plaie. Suture de l'utérus; toilette du péritoine, suture de la peau. Pansement à l'iodoforme. L'enfant est mort. La mère mourut aussi 48 heures après l'opération, ayant de l'œdème pulmonaire et de la cyanose, par suite d'épuisement cardiaque ou du travail exagéré. On voit donc combien il est important de faire de bonne heure le diagnostic de ces dystocies et de ne pas laisser la malade s'épuiser en efforts inutiles.

Un cas d'opération césarienne. (A case of Porro. Cæsarean operation), F. BALDWIN. *Medical News*. Philadelphia, 9 août 1890, vol. LVII, p. 138.

Femme de 24 ans, rachitique, à peu près au terme. Son bassin est rétréci dans tous les sens et le diamètre antéro-postérieur est réduit à 1 pouce 1/4. Quelques jours après, début de travail et 5 heures après opération par la méthode de Tait. Immédiatement après l'ouverture du ventre, l'opérateur glisse autour du col utérin une ligature élastique qu'il serre, ouvre l'utérus, enlève le fœtus et le placenta et résèque au-dessus de la ligature le corps, les trompes et les ovaires. La malade guérit sans encombre.

L'auteur insiste sur la nécessité d'une intervention immédiate.

P. N.

Quatrième opération césarienne avec conservation de l'utérus. Guérison avec enfant vivant. (Quarto operazione cesarea con conservazione dell' utero. Madre e figlio salvi), par BOMPIANI. *Rivista di Ost. e Ginec.*, 1891, nº 8.

Dans ce cas il fallut rompre les membranes par la voie vaginale pour pouvoir extraire l'utérus par la plaie de la paroi abdominale. La suture musculo-séreuse fut faite sur deux plans avec un fil de soie continu et par un surjet; l'utérus fut bourré à la gaze iodoformée.

Opération césarienne avec extirpation de l'utérus et des ovaires et

réduction du pédicule. Guérison avec enfant vivant. (Vaglio cesareo con extirpazione dell' utero e delle ovario ed affondamento del peduncolo. Madre e figlio salvi), par Bossi. *Riv. di Ost. e Ginec.*, 1890.

Dans cette opération Bossi fit comme pour la laparo-hystérectomie la réduction du pédicule. Il soutient ensuite que ne pas vouloir faire le traitement intra-péritonéal du pédicule est aussi erroné que de vouloir guérir actuellement les plaies ordinaires par troisième intention. P. Mauclaire.

Trois opérations de Porro avec réduction du pédicule. (Relazione di tre operazioni Porro di cui due con affondamento del peduncolo), par Bertazzoli. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, 1892, p. 118.

L'auteur passe en revue toutes les opérations de Porro qui ont été faites avec réduction du pédicule de 1878 à 1891 et il donne avec détails tous les modes de ligatures employés pour le pédicule, la ligature pure et simple donne de bons résultats mais la méthode de Schrœder réduit le volume du pédicule et ferme mieux la communication entre la cavité cervicale et la cavité péritonéale. Lorsque la cavité utéro-vaginale n'est pas infiltrée il vaut mieux abandonner le pédicule dans la cavité péritonéale. P. Mauclaire.

Opération Porro-Müller. (A successful Porro-Müller operation for malformation of the uterus and vagina), par Ahston. *Medical News*, 4 avril 1891, p. 369.

Sophie D..., 25 ans, mariée depuis un an, enceinte de 7 mois 1/2. Depuis sa grossesse, elle a eu des hémorrhagies vaginales tous les 28 jours. En examinant cette dame, on trouva que le vagin n'avait que 5 cent. de long et qu'il paraissait se terminer en cul-de-sac ; cependant avec plus de soin on arriva à sentir plusieurs élevures rayonnant dans toutes les directions à partir d'une dépression centrale paraissant être l'orifice du col utérin. On était donc en présence d'une malformation du segment supérieur du vagin et du segment inférieur du vagin, et il paraissait peu probable par suite que l'accouchement pût se faire naturellement. L'auteur conseilla donc l'opération de Porro. Incision longue de 15 cent. sur la ligne médiane. On attire l'utérus et on entoure le col d'une ligature élastique ; on ouvre alors la face antérieure de l'utérus, on rompt les membranes et on retire l'enfant. On serre alors le col pour empêcher toute hémorrhagie, et on enlève le placenta et les

membranes. On commence à placer les sutures de la paroi abdominale. On couvre alors l'utérus au-dessus du constricteur de Tait mis sur le col à la place de la ligature élastique. Guérison. L'enfant jouit d'une excellente santé.

Au cours de l'opération, l'auteur s'est aperçu que l'utérus n'était réuni au vagin que par un reflet du péritoine ; si donc on eût laissé aller les choses, lors de l'accouchement l'enfant aurait brisé cette faible adhérence et serait tombé dans la cavité abdominale.

A. B.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

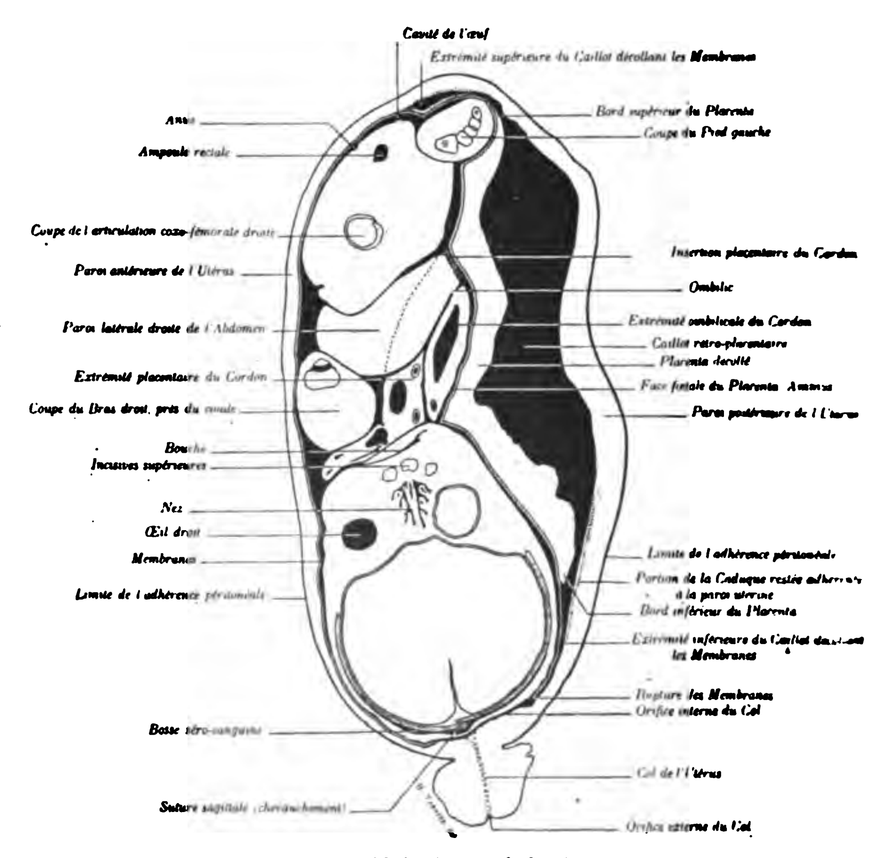
Du décollement prématuré du placenta inséré normalement, L. Dumarcet. Thèse de Paris, 1892.

Le sujet choisi à l'instigation du professeur Pinard, par le Dr Dumarcet pour sa thèse, est certainement des plus intéressants. Il s'agit, en effet, d'une complication grave, assez peu connue, très peu étudiée dans les classiques, et qui, en pratique, est le plus souvent l'occasion d'une erreur de diagnostic. L'auteur a pris soin de réunir des observations démonstratives, en particulier, une de Winter qui, le premier, a eu le mérite de démontrer sur un utérus congelé la réalité de cette complication que des accoucheurs éminents (Stolz, 1878) avaient niée jusqu'en ces dernières années. Il y a en tout treize observations, dont un certain nombre très complètes. Il en est une tout à fait remarquable qui met hors de doute l'action étiologique de la brièveté du cordon dans le décollement prématuré du placenta. Une planche, figurant la disposition réciproque du fœtus, des annexes fœtales et de l'utérus, telle qu'elle a été observée après congélation et section de la matrice, accompagne cette observation. Nous reproduisons, ici, cette planche, en raison de sa netteté et de sa valeur démonstrative (1). Après avoir successivement étudié : a) *l'étiologie et pathogénie*, b) *l'anatomie pathologique*, c) *les symptômes et diagnostic*, d) *le pronostic* et e) *le traitement*, l'auteur formule les conclusions suivantes :

(1) Cette planche est empruntée à l'ouvrage de MM. Pinard et Varnier : *Études d'anatomie obstétricale et pathologique.*

1) Parmi les causes auxquelles on a attribué la production du décollement du placenta normalement inséré, il en est deux seulement qui soient démontrées, l'une directe, l'autre indirecte, ce sont : l'albuminurie et la brièveté du cordon ombilical.

2) Le diagnostic de cet accident, bien qu'offrant dans certains cas



(Figure réduite à 11 c. de hauteur.)

de grandes difficultés peut, le plus souvent, être fait, car l'ensemble des symptômes observés paraît être toujours le même.

3) Le pronostic est très sérieux pour les mères et très grave pour les enfants (on voit en effet, dans l'historique, que Goodel qui a publié, en 1870, les statistiques les plus considérables sur ce sujet,

a trouvé que sur 107 enfants 101 étaient morts, et sur 106 femmes, 54).

4) Le traitement qui donne les meilleurs résultats est la large déchirure des membranes, suivie ou non, suivant les cas, de l'application d'un ballon dilatateur. R. L.

Recherches historiques et critiques sur la symphyséotomie, P. Desforges, Thèse de Paris, 1892. — Née en France, et après des fluctuations diverses, la symphyséotomie était tombée, dans ce pays, dans un oubli tel que c'est à peine si les traités classiques d'accouchement lui consacraient une courte mention. Par contre, adoptée dès le principe en Italie, elle continua d'y jouir de la même faveur, et, quand la méthode antiseptique vint exercer sur la pratique obstétricale son influence si salutaire, elle bénéficia, elle aussi, de l'intervention de cette puissante auxiliaire. A Naples, en particulier, Novi et Morizani obtinrent de la pubiotomie des résultats extrêmement remarquables. Ce sont les succès des deux éminents accoucheurs italiens qui ont décidé le prof. Pinard à réintroduire dans son pays d'origine l'opération de Sigault, dans l'espoir que bien réglée, et *pratiquée pour des incations bien précises*, elle permettrait de sauver un grand nombre d'enfants fatalement sacrifiés avec la basiotripsie et d'éviter, dans des cas judicieusement déterminés, aux femmes les dangers toujours liés à la césarienne. Le prof. Pinard a déjà pratiqué plusieurs fois l'opération et toujours avec des résultats excellents dont il a communiqué un certain nombre à l'Académie de médecine, au congrès d'obstétrique, etc. Aussi la question de la symphyséotomie est-elle à l'ordre du jour, et c'est ce regain, très justifié, d'actualité qui a inspiré au Dr Desforges le choix de sa thèse. On ne peut que le féliciter de son entreprise qui était « *d'écrire surtout l'histoire française d'une opération née en France* », et de la façon dont il l'a conduite. La thèse est divisée en deux parties : la première, consacrée à l'histoire de la symphyséotomie ; la seconde, à une étude critique comportant le résumé des observations les plus importantes et l'analyse des ouvrages nombreux qui furent publiés vers la fin du XVIIIe siècle. Faire une analyse circonstanciée de cette œuvre historique et critique, est évidemment impossible. Il faut la lire, et nous assurons qu'il est difficile de faire une lecture plus instructive et plus attachante ; car, indépendamment des faits

très instructifs qu'elle contient, elle fait revivre une époque particulièrement intéressante, retrace une querelle qui, avec ses côtés anecdoctiques, eût certainement inspiré à un Molière, un peu aux dépens de la profession, quelques nouvelles scènes immortelles, et démontre une fois de plus combien toute idée neuve et juste rencontre, même de la part des esprits tenus pour les plus éminents, des résistances étroites, combien elle a de peine à faire son chemin. L'auteur conclut de la manière suivante :

« Nous n'avons pas l'intention de plaider en faveur d'une opération que M. le professeur Pinard vient de ressusciter en France. Nous nous sommes occupé du passé et nous tenons à rester dans notre rôle. Mais il nous est permis de tirer une conclusion de cette histoire de la symphyséotomie. Les faits et les observations que nous avons résumés expliquent peut-être l'abstention des anciens, mais ne justifient pas le dédain et l'indifférence des modernes. Que signifient maintenant les vieilles statistiques de Baudelocque et de Lauverjat, que valent ces arguments puisés dans l'enseignement traditionnel, que faut-il penser de ces polémiques où les opérateurs tiennent plus de place que leurs malades ? Pourquoi attribuer à l'écartement des pubis, tous les désastres que nous savons aujourd'hui n'avoir qu'une seule cause, l'infection ? Au lieu de se transmettre d'âge en âge, des vérités banales, dont la base est une erreur, il eût été plus sage de faire appel à la clinique et à l'expérience. Au lieu de commenter le traité classique de Baudelocque, on aurait pu s'inspirer des résultats si remarquables, publiés par l'École de Naples. Nous ne citerons pas des chiffres ni des faits, malgré leur éloquence et nous passerons sous silence les succès merveilleux des accoucheurs italiens.

Les opérations pratiquées récemment par M. le professeur Pinard, à la clinique Baudelocque, justifient les espérances de ceux qui croient comme nous à la renaissance définitive de la vieille opération de Sigault.

Si nous applaudissons aux efforts du présent, si nous saluons avec confiance les triomphes de l'avenir, qu'il nous soit permis, en terminant, de faire un retour vers ce passé, qui possède, pour ceux qui l'interrogent, le charme particulier des choses disparues. »

R. L.

Considérations sur la choroïdite métastatique puerpérale, G. RANCUREL. Thèse de Paris, 1892.

A l'occasion d'un cas de choroïdite métastatique observé par lui au cours d'une septicémie puerpérale, M. le Dr G. Rancurel a réuni d'autres observations pour faire de ce sujet une étude d'une réelle valeur. Son travail est bien fait, bien documenté, il met bien en vue la nature de la maladie due à des embolies microbiennes. En effet, l'infection de la choroïde par des germes pyogènes peut venir du dehors (infection ectogène) ou du corps lui-même, par auto-infection (infection endogène).

La choroïdite étudiée par M. Rancurel rentre dans la première catégorie.

Dans certains cas la marche de cette affection est telle qu'on peut la confondre avec les néoplasmes du globe ; il y a un peu d'inflammation extérieure et tout semble marcher à froid, comme dans certains cas de néoplasme du corps vitré et surtout dans les gliomes qui naissent sur la rétine. Ces cas, qui peuvent ainsi prêter à la confusion, ont été désignés sous le nom de pseudo-gliomes. La ressemblance entre ces affections peut donc, dans certains cas, être très grande.C'est pourquoi nous aurions désiré que, dans le travail que nous analysons bien rapidement, l'auteur ne négligeât pas le diagnostic différentiel et fit ressortir l'importance de la pression intra-oculaire comme élément de ce diagnostic. En cas de gliome il faut énucléer et aussitôt que possible ; dans les cas douteux, la vie du malade est en danger ; de là importance du diagnostic différentiel facile à concevoir.

S'il y a inflammation extérieure, gonflement et ptosis, il est à peine besoin de signaler la conjonctivite purulente et l'ophtalmie blennorrhagique. La marche de ces affections, la sécrétion, les amnésiques, feront reconnaître la maladie.

Le chapitre concernant le traitement est un peu écourté ; l'auteur ne s'occupe que du traitement général, s'attaquant à la cause première. Assurément l'antisepsie du foyer primitif est l'indication primordiale. Mais l'œil exige un traitement local ; il est douloureux il est infecté ; on devra donc calmer les douleurs, appliquer des compresses chaudes et avoir recours aux injections antiseptiques sous-conjonctivales préconisées dans ces derniers temps.

Malheureusement l'affection est grave, l'œil est très compromis, il est menacé d'atrophie.

M. Rancurel se prononce contre l'énucléation pendant la période aiguë parce que les résultats de l'énucléation sont fort discutables. Nous approuvons son abstention, mais pas pour les mêmes raisons que lui; car nous adoptons en principe que l'énucléation bien faite, surtout faite avec toutes les précautions antiseptiques, donne toujours de bons résultats, mais elle est formellement contre-indiquée lorsqu'il y a infection ectogène ou endogène du sujet.

Ces réserves faites, la thèse de M. Rancurel reste un travail très consciencieux qui sera consulté avec profit par tous ceux qui s'occupent de pathologie oculaire.

A. PÉCHIN.

Des craniotabes ou ramollissement des os du crâne chez les jeunes enfants, M. PALEY. Thèse de Paris, 1892. — L'auteur a recueilli, soit à l'hospice des Enfants-Malades, soit à la crèche de l'hospice des Enfants-Assistés, 62 observations qui lui ont permis de faire une étude complète du craniotabes ou ramollissement du crâne, cette affection curieuse dont on doit la connaissance au médecin allemand, Elsæsser (1843). Elsæsser avait décrit d'une manière remarquable la maladie en question, qu'il rattachait étroitement au rachitisme et à laquelle il attribuait des accidents très graves (convulsions, spasmes de la glotte, etc.), et en conséquence un pronostic sévère. Depuis Elsæsser, un certain nombre d'auteurs (Hauff, Lasègue, Vogel, Broca, Parrot, Renaut...) s'en étaient également occupés, et Parrot, en particulier, l'avait placée en dépendance directe avec la syphilis. Disons tout de suite, que le Dr Paley s'est efforcé de rechercher la réalité de cette association indiquée par Parrot, et que loin de la constater, il a vu que les enfants atteints de craniotabes, étaient, autant du moins qu'une enquête minutieuse permet de se prononcer, absolument indemnes de syphilis héréditaire, tandis que sur des enfants sûrement syphilitiques, et dont il résume 4 observations, il ne trouva jamais les altérations crâniennes caractéristiques. En ce qui cencerne les opinions d'Elsæsser sur le craniotabes, il les résume comme il suit : « *a*) le craniotabes par sa nature intime doit être rattaché au rachitisme, la lésion du crâne marquant le début des autres lésions qui doivent atteindre le rachitique.

b) Les convulsions et le spasme de la glotte sont des phénomènes secondaires, dus à ce que les centres nerveux ne sont plus suffisamment protégés par des os ramollis.

c) Les conséquences de l'affection sont tellement graves, que sur 29 cas qu'il a observés, 14 malades ont succombé, c'est-à-dire la moitié.

L'auteur s'attache, à son tour, à étudier de près la nature de la maladie, sa fréquence, et sa réelle gravité. Il s'est occupé également du traitement, et à ce sujet, il a fait au Dr Comby des emprunts qui lui ont permis de tracer un chapitre intéressant d'hygiène et de prophylaxie, chapitre très utile à lire. D'une manière générale, il est bien moins pessimiste que l'auteur allemand, ainsi qu'il ressort des conclusions formulées à la fin de son intéressant travail.

Conclusions. — 1° Le craniotabes est une affection fréquente et presque banale de la première enfance.

2° Le craniotabes n'est pas forcément lié au rachitisme ; beaucoup d'enfants peuvent être affectés du craniotabes sans devenir rachitiques.

3° Le craniotabes ne donne pas lieu aux convulsions ni au spasme de la glotte.

4° Le craniotabes n'est en aucune façon lié à la syphilis héréditaire.

5° Le craniotabes est une affection bénigne dont la guérison est la règle et il n'est lui-même la source d'aucun danger sérieux.

R. L.

Des enfoncements et des fractures du crâne chez le fœtus pendant l'accouchement, E. Lelièvre. Thèse de Paris, 1892. — C'est une observation personnnelle recueillie, dans le service d'accouchement de M. Maygrier, qui a suggéré à M. Lelièvre le choix de sa thèse. Il s'agissait d'une femme IVpare, dont les 3 premiers accouchements avaient dû être terminés par une application de forceps. Des 3 enfants, le premier n'avait pu être ranimé, le second était mort cinq semaines après, le troisième était vivant. La femme a un rétrécissement du bassin, avec un diamètre antéro-postérieur de 97 millimètres, sans déduction. Au 4e accouchement, la poche des eaux étant rompue depuis plusieurs heures, et les doubles battements fœtaux devenant irréguliers et s'affaiblissant, l'auteur se décida à terminer par le forceps. Lors de l'application, la suture sagittale occupait le diamètre oblique gauche, mais la tête était peu engagée et encore mobile. Application de forceps oblique et extraction très laborieuse d'abord; « enfin, après des tractions

énergiques, une secousse se produit, me donnant la sensation d'une résistance vaincue, la tête avait franchi le rétrécissement; quelques secondes après, elle était à la vulve et l'extraction se faisait sans difficulté et sans dommage pour le périnée ». La tête fœtale présentait des déformations considérables : « *le côté gauche aplati se trouvait plus bas que le côté droit par rapport à un plan horizontal passant par le sommet de la tête; mais ce qui attirait surtout l'attention c'était une dépression profonde de 2 cent. environ, large à sa base de 2 cent. 1/2 à 3 centim. qui siègeait sur la portion gauche et antéro-supérieure du frontal.* »

Tel est, résumé, le fait observé par l'auteur. Il en a rassemblé, en tout, 31 analogues et ce sont ces matériaux qui lui ont fourni les éléments d'un travail très complet sur les lésions en question (historique; anatomie pathologique; causes et mécanisme; symptômes, marche et pronostic; diagnostic; traitement).

Conclusions. — 1° Les enfoncements du crâne, chez le fœtus, se présentent sous deux formes principales : la forme d'un sillon ou d'une gouttière et la forme d'un godet, d'un entonnoir ou encore d'une cuiller. La première est la plus fréquente et la moins dangereuse, la seconde la plus rare et la plus grave.

2° Les fractures accompagnent, le plus souvent, mais non toujours, les dépressions et particulièrement les dépressions de la seconde catégorie. Dans quelques cas elles siègent à la base du crâne, dans les points les plus faibles.

3° Les enfoncements et les fractures s'observent aussi bien à la suite d'un accouchement simple dans un bassin normal, ou plutôt dans un bassin vicié, qu'à la suite d'un accouchement terminé par le forceps ou la version.

4° Les causes qui les déterminent sont imputables : à la mère, au fœtus, dans quelques cas exceptionnels à l'accoucheur.

5° Les signes par lesquels ils se traduisent sont locaux et généraux.

6° Les conséquences qui en résultent sont variables dans leurs manifestations et dans leur durée.

7° Le meilleur traitement est le traitement préventif, et il faut entendre par là l'accouchement provoqué dans le cas où l'on se trouvera en présence de bassins rétrécis R. L.

Memento de thérapeutique obstétricale et gynécologique, TOUVENAINT et CAUBET.

Le massage en gynécologie, PROCHOWNICK ; *trad. de l'allemand,* par NITOT et KELLER.

Die Stieldrehung der Eierstocksgeschwülste, FREUND.

La mancanza congenita dell'utero e delle vagina e la creazione d'una vagina artificiale, F. LA TORRE.

Un caso di oligoidramnios, etc., F. LA TORRE.

Erfahrungen über die operative Behandlung geplatzter Tubarschwangerschaften, A. GUSSEROW.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bossi. Sulla riproduzione della mucosa dell' utero. *Riforma med.*, Napoli, 1891, VII, pt. 3, 853. — **Ciaceri.** Della emorragie vicarie nella menopausa. *Gazz. d. osp.*, Napoli, 1891, XII, 943. — **Edebohls.** Lipomata of the omentum simulating uterine fibromata. *N. York J. Gyn. and Obst.*, 1892, II, 56. — **Kashkaroff.** The menstrual period and its anomalies. *Akusherka, Bransk,* 1891, II, 141. — **Klencke.** *Der Frauenartz,* 5e Auflage, Berlin, 1892. — **Landau** et **Rheinstein.** Ueber das Verhalten der Schleimhaüte in verschlössenen und missbildeten Genitalien und über die Tubenmenstruation. *Arch. f. Gyn.*, 1892. Bd XLII, Hft 2, p. 273. — **Lyncker.** Ueber die manuale Rectal-Palpation der Becken und Unterleibsorganen. *Vereinsbl. d. pfälz. Aerzte,* Frankenthal, 1892, VIII, 8. — **Pletzer.** Tod nach Injektion von Liquor ferri sesquichlorati in den Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 18, p. 337. — **Sobotta.** *Ueber den Bau und die Entwicklung des Uterus, insbesondere beim Menschen und den Affen,* Berlin, 1891. — **Rheinstaedter.** *Praktische Grundzüge der Gynækologie,* 2e Aufl., Berlin, 1892. — **Sänger.** *Allgem. Ursachen der Frauenkrankheiten,* Leipzig, 1892. — **Van der Veer.** The relations of the os uteri to sterility in women. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1892, XVIII, 96. — **Waldeyer.** *Beit. z. Kenntniss d. weibl. Beckenorgane,* 5 Taf., Bonn, 1892. — **Zweifel.** *Vorles. über klinische Gynækologie,* Berlin, 1892.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Arcoleo.** L'azione dell' aristol sul carcinoma ulcerato del collo dell' utero. *Boll. d. chir.*, Milano, 1891, VIII, 410. — **Arendt.** Ueber die Anwendung der Elektricitat in der Gynækol. *Deutsche Med. Wchschr.*, Leipz., 1891, XVII, 1349. — **Bröse.** *Galvanische Behandlung d. Fibromyome d. Uterus,* Berlin, 1892. — **Emanuel.** Ueber die Anwendung von Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen. *Therap. Monatschr.*, Berl., 1891, V, 613. — **Glaeser.** Leichenversuche über das Schücking' sche Verfahren der vaginalen Fixation. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 21, p. 393. — **Keppler.** Das

Geschletsleben der Weibes nach d. Kastration *Wien. Med. Wochens.*, Wien, 1892. — **Krukenberg**. Ueber Duhrsenn's tiefe Cervix und Scheiden-Dammeinschnitte. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Heft 2, p. 214. — **Lantos**. Beitrag zur Therapie der Endometritis. *Pest. Med. Chir. Presse*, Budapest, 1891, XXVII, 1121. — **Morneau**. *Des accidents consécutifs à la cautérisation intra-utérine par le crayon de pâte de Canquoin et leur traitement*, Paris, 1891. — **Pichevin**. Tolérance de l'utérus pour les corps étrangers aseptiques. Danger des tentes-éponges dilatatrices préparées dans le commerce. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, n° 4, p. 200. — **Quintard**. Spéculum divergent à six valves. *Bull. Soc. de médecine d'Angers*, 19e an. 2e semestr. 1891, p. 61. — **Rapin**. Nouvelle curette irrigatrice. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, Genève, 1891, XI, 758. — **Rokitansky**. Ueber die blutige Erweiterung des Mutterhalses. *Allg. Wien. Med. Ztg.*, 1891, XXXVI, 563. — **Stroné**. Ein neuer transportabler gynäkologischer Untersuchungstich mit Speculum-Fixator. *Wien. Med. Presse*, 1891, XXXII, 1941. — **Weiss**. *Das Curettement bei Endometritis puerperalis*, Wien, 1892. — **Ziegenspeck**. Die gerade Röhre der einfachste Katheter und zugleich das einfachste Instrument zum Ausspulen der weiblichen Harnblase. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 16, p. 297.

ANOMALIES DES ORGANES GÉNITAUX. — **Berlin**. A case of uterus bicornis duplex; atresia of the right cervical canal and retention cyst. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Philad., 1891-92, V, 193. — **Casseday**. Rudimentary sexual organs associated with atrophy of the optic nerve. *J. Ophth. Otol. et Laryng.*, N.-Y., 1892, IV, 58. — **Nieberding**. *Selten Anomalie der Vagina*. Wurzburg, 1892. — **Petit**. Un cas de gynatrésie. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, juin 1892, p. 261. — **Strogonoff**. De l atrésie de l'hymen. *Vrach*, St-Petersb., 1891, XII 1058. — **Stulenvauch**. Zwei Fälle von Theilung des Utero-Vaginalkanales. *Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, Iena, 1891, XI, 59.

VULVE, VAGIN. — **Büttner**. *Polizeiärtzliche Untersuchungen ub. d. Vorkommen v. Gonococcen im weibl. Genitalsecret*. In. Diss., Dorpat, 1892. — **Czempin**. Ein Fall vom Mastdarmscheiden fistel ohne Anfrischung nach der Methode der Lappenbildung operit. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 14, p. 265. — **Georgii**. *Ueber das Hämatom der Vulva und der Vagina*. Tubingen, 1891. — **Huninelfarb**. Zur Lehre von den angeborenen Anomalien der weiblichen Geschlechtsorgane. Anus præternaturalis vestibularis bei einem 14 Jährigen Madchen. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Hft 2, p. 372. — **Letzel**. *Lehrbuch d. Geschlechts-Krankbeiten*, Wien, 1892. — **Petit**. De l'ovarite. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, n° 4, p. 192. — **Ross**. Conglutinatio labiorum. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 15, p. 284. — **Schülein**. Ueber Verletzungen der Vagina, welche weder durch den Geburtsact, noch durch ärztliche Eingriffe entstanden sind. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd XXIII Hft 2, p. 347. — **Smith**. Abscess of the anterior vaginal wall. *Med. and Surg. Reporter*, Philad., 1892, LXVI, 88. — **Stuner**. Pudendal hæmatocele in the non-puerperal state, with report of a case. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1892, XVIII, 193.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Barret de Nazarris**. *Traitement des prolapsus génitaux par la colpopérinéorrhaphie et la colposyntotomie combinées immédiatement avec l'opération d'Alquier-Alexander*. Bordeaux, 1891. — **Brenner**. Carcinoma-uteri prolapsi. *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1891, IV, 920. —

Chéron. Traitement chirurgical et traitement manuel du prolapsus utérin. *Rev. méd.-chir. des mal. de fem.*, 25 décembre 1891, p. 705. — **Chéron**. Curabilité de la rétroversion et de la rétroflexion. *Rev. méd.-chir. des mal. des fem.*, 25 janv. 1892, p. 5. — **Desrosiers**. De la fécondation artificielle comme moyen de corriger certains déplacements utérins. *Union méd. du Canada*, janv. 1892, nº 8. — **Edwards**. Acute retroversion of the virgin uterus ; report of cases, with remarks upon the difficulty in their replacement. *Ann. Gyn. and Pædiat.*, Philad., 1891-92, V, 197. — **Emmet**. On injury to the pelvic floor and the method of repairing the Same. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1891-92, I, 122 — **Hagemann**. *Inversio uteri chronica schnell geheilt mit Hilfe eines neuen Instruments, des Retrusorium*. Berlin, 1891. — **Lehman**. A radical cure for retro displacement of the uterus. *Hahneman. Month.*, Philad., 1892, XXVII, 156. — **Roberts**. Case of inversion of a non puerperal uterus. *St-Louis M. and S. J.*, 1892, LXII, 85.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Freund**. Die Mechanik und Therapie der Uterus und Scheidengewölberisse. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd XXIII, Hft. II, p. 436. — **Gindicelli**. *Des kystes de la partie vaginale du col dans les métrites*, Bordeaux, 1891. — **Landerer**. Eine seltene Form von Missbildung des Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd XXIV Hft I, 106. — **Lyon**. The microscop in the diagnosis of the malignant diseases of the uterus and vagina. *Clinique*, Chicago, 1891, XII, 554. — **Picqué**. Curettage de l'uterus. *Rev. génér. de clin. et de thérap.*, 1892, VI, 65. — **Polk**. Drainage of the uterus in chronic endometritis and metritis, with an without salpingitis. *Med. Rec.*, N.-Y., 1892, XLI, 49. — **Polk**. Drainage with gauzepacking as applied to the uterus, in chronic endometritis and chronic metritis not only when the conditions exist independently of salpingitis or other forms of perimetritis, but also where they are associated with such disorders ; forty cases. *N.-York. J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 86. — **Touvenaint**. Sur un nouveau mode de traitement de la métrite du col. *Bull. gén. de thérap.*, Paris, 1891, CXXI, 492. — **Wertheim**. Die ascendirende Gonorrhoe beim Weibe. Bacteriologische und klinische studien zur Biologie des gonococcus Neisser. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Hft 1, p. 1. — **Zweifel**. Lupus de l'utérus. *Ann. de dermat. et syphil.*, Par. 1891, II, 869.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Bailey**. The early diagnosis of uterine cancer. *Clinique*, Chicago, 1891, XII, 559. — **Baldy**. Supra-vaginal hysterectomy. *Cincin. Lancet Clin.*, 1892, XXVIII, 39. — **Boryssowicz**. Amputation partielle en forme de selle de la portion vaginale. *Kron. lek.*, Warszawa, 1891, XII, 637. — **Bulius**. Der Eierstock bei Fibromyoma uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIII, Hft 2, p. 358. — **Chase**. The genesis of malignant disease of the cervix uteri. *Brooklyn M. J.*, 1892, VI, 160. — **Crocq**. Cancer utérin, opération de Kraske. *Press. méd. belg.*, Brux., 1891, XLIII, 740. — **Dezanneau**. Observation d'hystérectomie abdominale pour des fibromes utérins. *Bull. Société de méd. d'Angers*, 19ᵉ année, 2ᵉ semes., 1891, p. 76. — **Dunning**. Adenoid cancer of the uterus. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1892, XVIII, 187. — **Dunning**. High amputation of cervix uteri for epithelioma. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1892, XVIII, 186. — **Fischer**. Meine Erfahrungen über Auslöffelung der carcinomatosen Portio vaginalis. *Zeitsch. f. Wundärzte u. Geburtsh.*, Fellbach, 1891, XLII, 339. — **Gebbard**. Ueber die vom Oberflächenepithel ausgehendem Carci-

nomformen des Uterus korpers, sowie über den Hornkrebs des Cavum uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIV, Hft 1, p. 1. — **Goloff.** Nouveau cas de guérison spontanée de fibromyôme de l'utérus. *Vrach.*, St-Pétersb., 1891, XII, 1016. — **Imerardi.** Tre casi di fibromioma uterino. *Sperimentale*, Firenze, 1891, LXVIII, 433. — **Ludlam.** Vaginal extirpation of the cancer on uterus. *Clinique*, Chicago, 1891, XII, 560. — **Mangiagalli.** Presentatione di uteri esportati per via vaginale con alcune considerazione sul diagnostico del carcinoma uterino. *Ann. di Ostet.*, Milano, 1891, XIII, 645. — **Mc Coll.** The surgical treatment of uterine myoma. *Am. Gynec. J.*, Toledo, 1892, II, 10. — **Montgomery.** vaginal hysterectomy. *Kansas M. J.*, Topeka, 1882, IV, 479. — **Parsons.** Twenty cases of fibroma and other morbid conditions of the uterus treated by Apstoli's method. *Lancet*, Lond., 1892, I, 196. — **Pichevin.** Electricité et fibromes utérins. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, n° 4, p. 204. — **Sicherer.** Uterus bicornis bicollis. Pyometra und Pyocolpos lateralis infolge von Atresia vaginalis dextra. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Hft 2, p. 339.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES; AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Boldt.** Suppurative oophoritis. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 232. — **Duplay.** L'hématocèle péri-utérine. *Union méd.*, Par., 1892, LIII, 3. — **Duplay.** Un cas d'hématocèle rétro-utérine. *Gaz. d. hôp.*, Paris, 1892, LXX, 105. — **Hermanni.** *Ein Fall v. Hæmatom d. Ligamentum latum.* In. Diss. Tubingen, 1892. — **Mann.** Chronic pelvic peritonitis; laceration of cervic with retroversion and partial prolapse. *Med. and Surg. Reporter*, Philad., 1892, LXVI, 44. — **Massin.** *Des salpingo-ovarites tuberculeuses.* Paris, 1891. — **Mc Lean.** Encysted Dropsy of the peritoneum with papilloma. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1891-2, I, 121. — **Popoff.** Des modifications anatomo-pathologiques des trompes de Fallope dans les processus infectieux aigus. *Bolnitsch. Gaz. Botkina*, St-Petersb., 1891, II, 936; 976. — **Shaw-Mackensie.** On chronic inflammation of ovaries and tubes, with microscopic appearances. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1892, LIII, 23. — **Smith.** A case of puerperal peritonitis treated by amputation of the uterus, recovery. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 43. — **Stratz.** *Circulationstörungen und Entzündungen der Ovarien und Tuben*, mit 12 Taf., Berlin, 1892. — **Witte.** Gonokokken und Streptokokken im Pyosalpinxeiter. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 23, p. 433.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE. — **Bantock.** Ovarian tumour with twisted pedicle. *Brit. M. J.*, Lond., 1892, I, 275. — **Camelot.** Kystes des deux ovaires; laparotomie, guérison. *J. d. sc. méd. de Lille*, 1892, I, 181. — **Crocq.** Kyste de la trompe de Fallope; salpingectomie. *Press. méd. belg.*, Brux., 1891, XLIII, 739. — **Dembo.** *Carcinomatöse Degeneration und maligne Metastasend. Ovarialcysten*, In. Diss. Berne, 1892. — **Fabris.** Linfo-sarcoma dell ovaria destra con diffusione al legamento largo ed alla tromba dello steno lato. *Gazz. d. osp.*, Napoli, 1891, XII, 9)2. — **Fraisse.** Note pour servir à l'étude du varicocèle de l'ovaire. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, juin 1892, p. 283. — **Freund.** Die Stieldrehung der Eierstockgeschwülste. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 22, p. 40.). — **Gottschalk.** Ueber die Lage der Dermoïdcysten zum Uterus. *Cent f. Gyn.*, 1892, n° 16, p. 303. — **Green.** A case of papilloma of the ovary and Fallopian tube. *Boston M. and S. J.*, 1891, LXXVI, 142. — **Krug.** Multilocular colloid cysts of both ovaries, of the vermiform appendix, and

multiple colloïd degeneration of the omentum; successfully removed by laparotomy. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1891-2, I, 152. — **Schwabe**. *Hydrosalpinx mit .Oophoritis duplex*, In. Diss., Tubingen, 1892. — **Sutton**. *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes, including tubal pregnancy*, Philadelphie, 1891.

ORGANES URINAIRES. — **Bardenheuer**. Verschluss grosser Vesicovaginalfisteln durch Transplantation der Blasenwand. *Deutsch. med. Wochnschr.*, Leipz., 1891, XVII, 1348. — **Baum**. Ein Fall von drei Harnleitern. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd 42, Hft 2, p. 329. — **Frœlich**. *Destruction totale de l'urèthre chez la femme, causes et traitement*, Nancy, 1891. — **Karlin**. Ein Beitrag zur Kasuistik des Freundkörper in der Harnblase. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 16, p. 308. — **Kleinwachter**. Zur vesicalen operation der Blasencervixfistel. *Zeitsch. f. Geb. u. G.*, Bd. XXIII, Hft 2, p. 338. — **Mertlens**. Eine durch seine Actiologie seltener Fall von Blasenscheidenfistel. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd XXIV, Hft 1, p. 100. — **Otis**. On reflex irritations and neuroses caused by stracture of the urethra in the female. *Med. Rec.*, N. Y., 1892, XLI, 34. — **Ozenne**. Des uréthrocèles vaginales. *Bull. méd.*, Paris, 1892, VI, 1. — **Piaseski**. Un cas d'uréthrocèle vaginale compliquée de calcul. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, n° 5, p. 236. — **Reichel**. Ueber Carcinome der weiblichen Harnröhre. *Sitzungb. d. phys. med. Gesselsch. zu Wurzb.*, 1891, 48. — **Solano**. Calculo vesical extraido a traves de la uretra en un señora de cincuenta y siete anos. *Rev. méd. de Bogota*, 1891-2, XV, 575.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Adam**. Ten consecutive successful laparotomies. *Austral. M. J.*, Melbourne, 1891, XIII, 531. — **Asch**. Ventrofixation des uterus mit absoluter Indikation. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 13, p. 251. — **Bandisch**. 80 *Fall v. Ovariotomie aus d. Universitäts Klinik v. Königsberg*, In Diss. Königsberg, 1892. — **Bonnet**. Traitement chirurgical des fibromes utérins. *Nouv. Archives d'obst. et de gyn.*, **Bastianelli**. Sull'operazione di Alexander modificata o sulla laparoisteropexia. *Bull. d. Soc. Lancisiana d. osp. di. Roma*, 1891, X, 193. — **Byford**. Abdominal section in a child four years and eight months old for sarcoma of the ovary. *Chicago M. Rec.*, 1891-2, II, 434. — **Debaisieux**. Hystérectomie vaginale par morcellement dans les suppurations pelviennes. *Press. méd. Belg.*, Brux., 1891, XLIII, 769. — **Dudley**. Fecal fistulæ following laparotomy; or some accidents wich have attended the progress of ginecology during the past ten years. *Am. J. obst.*, N.-Y., 1892, XXV, 145. — **Evans**. A report of a case of the removal of the uterine appendages in the absence of the uterus. *Ann. Gynæc. and Pæd.*, Philad., 1891-2, V, 203. — **Guermonprez**. De l'abus de l'opération de Battey ou de Tait. *Nouv. Arch. d'obst et de gyn.*, 1892, n° 4, p. 187. — **Jacobs**. De l'hystérectomie par morcellement dans les suppurations pelviennes. *Arch. de tocol. et de gyn.*, Par., 1891, XVIII, 910. — **Johannovsky**. Ein Beitrag zur Diskussion über die retroperitoneale Stielversorgung nach Chrobak bei den abdominalen Myomoperationen. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd 42, Hft 2, p. 353. — **Kammerer**. A case of sacral hysterectomy. *Med. Rec.*, N.-Y., 1892, XLI, 207. — **Kinscherf**. *Behandlung d. acuten allgemeinen Peritonitis*, In. Diss., Heidelberg, 1892. — **Kletzsch**. Case of ventral fixation of the uterus. *N.-York J. Gyn. and Obst.*, 1892, II, 47. — **Kustner**. Ueber einige Indicationen zur Laparatomie. *Deutsch. med. Wchschr.*, Leipz., 1892. — **Lacaze**. *Suites et résultats de l'ablation dans l'inflammation des annexes*. Bordeaux, 1891. —

Le Dentu. Résection de 22 centimèt. du côlon ascendant en même temps que celle des annexes de l'utérus atteintes de pyosalpinx. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris.*, 1891, XVII, 662. — **Lauro.** Due casi di eliminazione de laccio elastico e della parte strozzata del peduncolo attraverso la cavita del moncone uterino in seguito d'Isterectomia sopravaginale per fibromiomi. *Annal. di. ostet.*, Milano, 1891, XIII, 537. — **Mays.** A year's work in abdominal surgery at St. Luke's Hospital, San-Francisco, *Pacific M. J.*, San-Franc., 1891, XXXIV, 712. — **Mc Graw.** The treatment of chronic abdominal dropsies by incision and drainage. *Harper Hosp. Bull.*, Detroit, 1891-2, II, 31. — **Montgomery.** The application of sacral resection to gynæcological work. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1891-2, I, 87. — **Mordie.** Three interesting cases of abdominal section. *Lancet*, London, 1892, I, 253. — **Mundé.** The surgical treatment of extraperitoneal pelvic effusions. *N.-York J. Gynec. and Obst.*, 1892, II, 100. — **Munde.** Two pediculated fibroïds and one apoplectic ovary removed by laparatomy. *N.-York, J. Gynæc. and Obst.*, 1891-2, I, 127. — **Newton.** Tetanus following an ovariotomy. *Clinique*, Chicago, 1892, XIII, 74. — **Noble.** A year's work in abdominal surgery at the Kensington Hospital for Women. *Ann. Gynæc. an Pæd.*, Philad., 1891-2, V, 225. — **Pilcher.** The ultimate results of operations for removal of the uterus or its appendages. *Brooklyn M. J.*, 1892, VI, 137. — **Richelot.** De l'influence curative de certaines laparotomies exploratrices. *Bull. et mém de la Soc. de chir.*, 1891, XVII, 541. — **Robinson.** A sketch of M. Lawson Tait and his work, *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1892, XVIII, 77; 99; 129. — **Rochet.** Hystéropexie et castration. *J. d'accouch.*, Liège, 1891, XII, 265. — **Ross.** The new field in abdominal hysterectomy for fibroïdes. *Canad. Pract.*, Toronto, 1891, XVI, 561. — **Smith.** Subperitoneal hysterectomy, *Lancet*, Lond., 1891, I, 413. — **Spaunochi.** L'ovariotomia per grossi tumori soggetti vecchi. *Raccoglitore med.*, Forli, 1891, XII, 441-454. — **Thomas.** A plea for explorative incision in ascites in women. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 1. — **Watkins.** Indications for Tait's operation. *N. Orl. M. and S. J.*, 1891-2, XIX, 572.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Beaucamp.** Ueber das abwartende Verfahren in der Nachgeburst periode. *Arch. f. gyn.*, 1892. Bd 42, Hft 1, 103. — **Credé und Leopold.** *Geburtshilfliche Untersuch.*, Leipzig, 1892. — **Hirst.** A hitherto undescribed anomaly in the mechanism of labor in face-presentation. *Univ. M. Mag.*, Philad., 1891 2, IV, 341. — **Knüpfler.** *Ursache d. Geburtseintritts*, Dorpat, 1892. — **Kramer.** *Grundriss d. Geburtshülfe*, Sttuttgart, 1892. — **Marx.** Clinical obser vations on occipito-posterior vertex presentations. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXV, 177. — **Price.** Face presentations. *Am. Pract. and News*, Louisville, 1892, XIII, 67. — **Rosenberg.** The management of labour without vaginal examination and without prophylactic vaginal douches. *Med. Rec.*, N.-Y., 1892, XII, 95. — **Schwarz.** *Leitfaden der Geburtshilfe f. Hebammen*, Fünfkirchen, 1892. — **Shibata.** *Geburtshülfliche Taschen-Phantome*, München, 1892. — **Zweifel.** *Lehrbuch der Geburtshülfe*, Stuttgart, 1892.

ACCOUCHEMENT COMPLIQUÉ. — **Hamilton.** Anomalies in face-presentation. *Univ. M. Mag.*, Philad., 1891-2, IV, 437. — **Roncaglio.**

La forte flessione e l'ostensione del capo fattori di compressiono del funiculo avvolto al collo del feto. *Annali di Ost.*, Milano, 1891, XIII, 709. — **Wenning**. Manual rectification of certain malpositions of the head in labor. *Am. gynec. J.*, Toledo, 1892, II, 69.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALE. — **Amann**. Beitrage zur Morphogenese der Muller'schen gänge und über accessorische Tubenostien. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd. XLII, Hft 1, p. 133. — **Ries (Emil)**. Klinische und anatomische Studien über Züruckbildung des puerperalen uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. G.*, Bd XXIV, Hft 1, p. 33. — **Truzzi**. Intorno alle variazioni fisiologische nella proporzione numerica dei leucociti nel sangue refluo uterino. *Annal. di Ostet.*, Milano, 1891, XIII, 725; 786. — **Wertheim**. Ein Beitrag zur Lehre von der gonokokken Peritonitis. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 20, p. 385.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Loviot**. L'écarteur utérin. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, nº 5, p. 240.

DYSTOCIE. — **Barnum**. Transverse presentations, history of a case with a new method of treatment. *Buffalo M. and S. J.*, 1891-2, XXXI, 385. — **Chiarleoni**. Parto dystocico per cisti dermoïde ossificata e incuneato nella scava. *Boll. d. clin.*, Milano, 1891, VIII, 289. — **Köhler**. Zwillings Geburt bei Cystoma ovarii multiloculare mit nachträglicher Berstung der Cyste; Laparatomie, Heilung. *Wien. Med. Presse*, 1891, XXXII, 1857. — **Prouvost**. *Etude sur les bassins viciés par boiterie*, Paris, 1891. — **Wegscheider**. Ein kyphotisch-querverengtes Becken aus der Sammlung der Göttinger Frauenklinik. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Hft 2, p. 229.

GROSSESSE. — **Ballantyne**. A Series of Thirteen cases of alleged Maternal Impressions. *Edinb. m. J.*, Mai 1892, p. 1025. — **Blanc**. De l'exploration clinique du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse. *Arch. de toc. et de gyn.*, 1891, XVIII, 926. — **Eisenberg**. *Hygiene der Schwangerschaft*, Wien, 1892. — **Jewet**. To what extent is the diagnosis of pregnancy possible in the early months? *Brooklyn M. J.*, 1892, VI, 68. — **Kehrer**. *Anleitung zur Untersuch. der Gravidæ*, Heidelberg, 1892. — **Puech**. Interrogatoire et examen de la femme enceinte. *Montpell. méd.*, 1891, XVII, 565.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bula-Lafont**. *De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine.* Bordeaux, 1891. — **Cordier**. Extra-uterine pregnancy. *Ann. Gynec. and Pædiat.* Philad., 1891-2, V, 257. — **Gehrung**. Cases simulating ectopic pregnancy. *Am. gynec. J.* Toledo, 1892, II, 18. — **Grandin**. Clinical contribution to the subject of ectopic gestation. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXV, 27. — **Jarman**. Intraligamentous rupture of ectopic gestation and its expectant treatment. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXV, 229. — **Luske**. The diagnosis and treatment of extra uterine pregnancy. *N.-York, J. Gynæc and Obst.* 1891-2, I, 78. — **Morison**. On ectopie gestation. *Edinb. M. J.*, 1891-2 XXXVII, 697. — **Robb**. Rupture of the sac of an extra-uterine pregnancy through the fimbriated extremity without tearing the Fallopian tube; operations; recovery. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 109. — **Sutugin**. Beobachtungen über Bauchholenschwangerschaft. *Zeitish. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd XXIV, Hft I, p. 9. — **Weaver**. Extra-uterine pregnancy. *Ann. Gynæc. and Pæd.* Philad., 1891-2, V, 237. — **Werder**. Some moot points in ectopic gestation. *N.-Yorh M. J.*, 1892, IV, 90.

— **Winter**. Extra-uterine pregnancy. *Am. J.obst.*, N.-Y., 1892, XXV, 34.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Cosentino**. Di alcuni casi di gravidanza gemellare in rapposto alla quantita dell' aqua dell' anmios. *Sicilia med.* Torino-Palermo, 1891, III, 513.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Bryan**. Determination of the sex of the fœtus. *Ann. Gynæc. und Pæd.*, Philad., 1891-2, 307. — **Herzstein**. *Ueber Ascites der Frucht.*, Berlin, 1891. — **Kaufmann**. *Ub. die sogenannte fœtale Rachitis*, Berlin, 1892. — **Randle**. Hydramnios, dropsy of the fœtus. *China M. Miss. J.*, Shanghai, 1891, V, 220. — **Roux**. *Entwicklungsmechanik d. Embryo*, 3 Taf. Wien, 1892. — **Schwarzwäller**. Ueber sogenannte fötale Rachitis. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd, XXIV, Hft I, p. 90. — **Sippel**. Zur spontanen Nabelblutung Neugeborener. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 25, p. 470. — **Thomson**. Case of Partial obliteration of the Gallbladder in a New-born infant, associated with numerous other congenital Malformations. *Edinb. m. J.*, juin 1892, p. 1112.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Breus**. Zur Technic der Kraniotomie. *Wien. med. Presse*, 1891, XXXII, 1898. — **Charpentier**. De la symphyséotomie. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn*, 1892, n° 5, p. 213. **Cosentino**. Operazione di Porro per stenosi pelvica di osteomolacia con exito in morto. *Sicilia med.*, Torino-Palermo, 1891, III, 546. — **Cucca**. Su di un' operazione cesarea conservatrice con le legature delle tube fallopiome. *Progresso med.*, Napoli, 1891, V, 465. — **Dickinson**. Extraction of extented arms in breech labors. *N.-York J. Gynæc. and Obst.* 1892, II, 81 — **Doléris**. Avortement provoqué rapide et brusqué par le curettage, pour affection cardiaque grave. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, n° 5, p. 228. — **Holowko**. Ueber das Einpressen des hochstehendenkopfes in's Becken. *Therap. Monatsch.* Berl., 1891, V, 605. — **Kaay**. *Eine neue Indication zur Anwendung des Kaiserschnittes*, Freiburg, 1891. — **Keppler**. Eine neue Methode der perforation (aus *Wiener med. Press*). Wien, 1892. — **Taubert**. *Beitrag zur Lehre von der künstlichen Fruhgeburt*, Berlin, 1891. — **Toppiano**. Metodo simplice di perforazione cranica su feto idrocefalico. *Riforma med.*, Napoli, 1891, VII, 99. — **Varnier**. De l'opération césarienne. *Revue prat. d'obst. et de pædiat.*, Avril 1897, p. 97.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Bidon**. Note à propos d'un cas d'amnésie post-éclamptique. *Rev. de méd.*, Paris., 1891, XI, 961. — **Bouffe de Saint-Blaise**. *Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puerpérale*, Paris, 1891. — **Brooks**. Three cases of hæmatoma of the vulva following labor. *Maryland M. J.*, Balt., 1891-92, XXVI, 375. — **Cameron**. Hemichorea in pregnancy caused by acute retroflexion of the gravid uterus. *Montreal M. J.*, 1891-92, XX, 499. — **Chambrelent** et **Saint-Hilaire**. Contribution à l'étude de l'influence de l'asphyxie sur la parturition. — *Compt. rend. Soc. biolog.*, Paris, 1891, III, 783. — **Cousin**. *Etude sur les suites de couches des syphilitiques*. Bordeaux, 1891. — **Desiderius v. Velits**. Ueber die Heilung der Osteomalacie. Im Auschluss an zwei durch Castration geheilte Falle. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd XXIII, Hft 2, p. 312. — **Eliot**. Adherent placenta, its causes and management. *Ann. Gynec. J.*, Toledo, 1892, II, 144. — **Florentine**. Amniotic dropsy, ascites and ovariotomy; reco-

very. *Am. Gynæc. J.*, Toledo, 1892, II, 149. — **Freund**. Cirkuläre Abreissung des hinterem Umfanges der Vaginalportion und zwei seitliche Längsrisse der Vagina bei einer Zangenentbindung. Spontano Restitutio in integrum. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 16, p. 305. — **Friedländer**. *Phosphorvergiftung bei Hochschwangeren*, In. Diss., Königsberg, 1892. — **Füth**. Ein Fall von Post-partum-Blutung und Genitalhämotem. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 14, p. 268. — **Gerdes**. Zur Aetiologie der Puerperaleklampsie. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 20, p. 379. — **Goldberg**. Beitrag zur Eklampsie auf Grund von 81 Fallen. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Hft 1, p. 87. — **Greene**. Case of ante-partum hemorrhage in wch the placenta was normaly situated. *Med. News*, Philad., 1892, LX 18. — **Greuell**. Cinq cas de fièvre puerpérale. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy 1892, XXIV, 52. — **Harajewicz**. Ein Fall von protahirtem Abort mit der Apostolischem Methode behandelt. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 15 281. — **Hooper**. An interesting case of puerperal eclampsia. *Austral. M. Gaz.*, Sydney, 1891-2, XI, 45. — **Kaltenbach**. Zur pathogenese der puerperalen Eklampsie. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 20, p. 377. — **Kreutzmann**. Rupture of the membranes seventeen days before commencement of labor and constant escape ôf amniotic fluid during this time. *Pacif. M. J.*, San-Franc., 1891, XXXIV, 720. — **Loviot**. Grippe et puerpéralite. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, n° 4, 1184, 240. — **Mann**. Hæmatoma of vulva post-partum, *Lancet*, Lond., 1892, I, 310. — **Maunes**. — *Ueber Hydramnios*, Marburg, 1891. — **Marianchik**. Cas d'adhérences du placenta; remarques touchant le traitement de cette complication. *Vrach.*, St-Petersb., 1891, XII, 1062 — **Martin**. Hydatid mole. *Edinb. M. J.* 1891, 2, XXXVII, 751. — **Mensaga**. Ein Fall von autogener (?) Sepsis. *Frauenarzt*, Berl., 1891, VI, 493. — **Meola**. La retenzione dello placenta. *Giorn. internat. d. sc. med.*, Napoli, 1891, XIII, 413; 441; 481. — **Millar**. Abortion, with delay ed expulsion and fibroïd degeneration of placenta. *Edinb. M. J.*, 1891-2, XXXVII, 633. — **Neumark**. *Ueber tubaren Abort.*, Berlin, 1891. — **Prutz**. *Anatom. Verhalten der Leber bei puerperalen Eclampsie*, In Diss., Königsberg, 1892. — **Purslow**. Retroversion of gravid uterus. *Brit. M. J.*, Lond., 1892, I, 73. — **Rémy**. Deux cas de mort rapide dans l'éclampsie puerpérale. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1891, XXIII, 737. — **Riffmann**. Ein Fall von multiplen, polypenartigen Hypertrophien der Scheidenwand, beobachtet in der Graviditat. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 24, p. 452. — **Schauta**. Zur Diagnose und Therapie der Uterusruptur. *Intern. klin. Rundschau.*, Wien., 1891, V, 1993. — **Sligh**. Placenta prævia; cæsarean section; absolute indication. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 221. — **Suter**. Report of a case of partial separation of the placenta causing accidental hemorrhage during pregnancy and premature delivery. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 215. — **Tuilaut**. *De la névrite puerpérale*, Paris, 1891. — **Varnier**. Diagnostic et traitement des hemorrhagies génitales pendant la grossesse et l'accouchement. *Rev prat. d'obst. et de pædiatrie*, juin 1892, p. 161. — **Villa**. Idramnios acuto; contributo di casuistica; considerazioni critiche. *Anal. di Ost.*, Milano, 1891, XIII, 389; 437; 557. — **Warman**. Habituelle Molengraviditat, Blasenmole von ungeheurer Grosse. Blutung, Genesung. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 19, p. 353. — **Wyman**. Pluerperal psoïtis. *Med. Age*, Detroit, 1892, X, 70. — **Zitzmann**. *Blütungen nach d. Abortus*, In. Diss., Tubingen, 1892.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Baumm**. Hydrastinin in

der III Geburtsperiode nebst einigen Bemerkungen über Behandlung der Nachgeburtsblutungen. *Therap. Monatsch.*, Berl., 1891, V, 608. — **Bonifield**. The treatment of abortion. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 49. — **Dönhoff**. Ueber die Einwirkung des Chloroforms auf den normalen Geburtsverlauf nach Untersuchungen mit dem Tokodynamometer. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Hft 2, p. 305. — **Hofmeier**. Zur Prophylaxis der Wochenbetterkrankungen. *Deutsch. med. Wchschr.*, Leipz., 1891, XVII, 1321. — **Kuppenheim**. Zur Therapie des Abortus. *Deutsch. med. Wchschr.*, Leipz., 1891, XVII, 1423. — **Lorenz**. *Allgem. Behandlung der puerperalen Sepsis.*, In. Diss., Göttingen, 1892. — **Maguire**. Management of abortion, *Kansas M. J.*, Topeka, 1892, IV, 475. — **Pelzer**. Erregen der Wehenthatigheit durch intra-uterine Injection vom Glycerin. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Hft 2, p. 220. — **Sims**. Treatment ofpuerperal convulsions with tr. veratrum viride. Norwood's. *Mississipi M. Month.*, Meridian, 1891-2, 1, 178. — **Tubby**. The comparative safety of chloroform in obstetric practice. *Brit. med. J.*, Lond., 1892, I, 214.

VARIA. — **Billig**. *Struma congenita, e. Geburtshinderniss*, In. Diss. Heidelberg, 1892. — **Champetier de Ribes, Doléris** et **Budin**. De l'enseignement pratique et des assistants dans les services hospitaliers, dans les services d'accouchements. *Arch. de toc. et de gyn.*, Paris, 1891, XVIII, 847. — **Dohrn**. Zur Kenntnis der Wirksamkeit geburtshilflicher Pfuscherinnen. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 24, p. 449. — **Eustache**. Série de 1000 accouchements heureux à la Maternité Sainte-Anne de Lille. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, n° 4, 165. — **Küntzel**. Ueber den Einfluss geburtshüfflicher operationen auf die geistige Entwicklung der Kinder. Berl., 1891. — **Smith**. *Obstetric problems, being an inquiring into the nature of the forces determining head presentation, internal rotation, and also the development of the amnion.* Louisville 1892. — **Leopold**. *Vorschriften der Reinigung für die Aerzte, Hebammen und Hebammenschülerinnen der Konigl. Frauenklink in Dresden.* Dresden, 1891. — **Leumarie**. *Etude sur le traité d'accouchement de Philippe Peu, maître chirurgien de Paris*, Paris, 1991. — **Mensinga**. Prognose d. eheweiblichen Lebens, aus *Frauenartz)*. Neuwied, 1892. — **Montgomery**. Conditions following parturition requiring abdominal section. *Tr. M. Soc. Penn.* Philad., 1891, XXII, 177. — **Ogata**. *Beitrag zur Geschichte der Geburshulfe in Japan* Freiburg, 1891. — **Pinard**. Des réformes de l'enseignement obstétrical à la Faculté de médecine de Paris. *Gaz. hebd. de med.*, Paris, 1891, XXVIII, 582. — **Rivière**. Rhumatisme articulaire aigu généralisé réveillé par le traumatisme de l'accouchement. *Archiv. clinique de Bordeaux*, n° 1, janv. 1892. — **Roy**. *Des rapports de l'endométrite avec la grossesse et l'accouchement*, Paris, 1891. — **Lagneau**. *Une question d'assistance. Les mères délaissées. Maternités-ouvroirs.* Orléans 1891. — **Spiegelberg**. *Lehrbuch der Geburtshülfe fur Aerzte und Studirende*, 1891.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Août 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

LA KINÈSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE (1)

TRAITEMENT SUÉDOIS DES MALADIES DES FEMMES

(Méthode de Th. Brandt.)

Par H. Stapfer, ex-chef de clinique obstétricale de la Faculté de Paris, chargé de mission en Suède, 1891.

I. — Préambule.

Depuis quelques années, on parle beaucoup de massage gynécologique. On en parle trop et pas assez. Trop, parce que la plupart des écrits qui le mentionnent sont inspirés par des travaux allemands, et qu'en Allemagne le traitement original suédois a été presque partout dénaturé. Pas assez, parce qu'il s'agit en réalité d'une decouverte de haute importance, que l'intérêt des malades et de la science doit faire étudier à fond.

Pour entreprendre cette étude et m'acquitter de ma mission, j'ai fait deux voyages en Suède, l'un pendant l'été de 1891, l'autre à la fin de l'hiver 1892. Dans l'intervalle et depuis mon retour je me suis occupé de la question théorique, de

(1) Rapport adressé à S. E. le Ministre de l'Instruction publique, et lu devant l'Académie de médecine dans la séance du 26 juillet 1892.

la bibliographie déjà encombrée, et j'ai mis pratiquement à l'essai les notions que j'avais acquises.

C'est à Göteborg ou non loin de cette ville, dans une station balnéaire du nom de Marstrand que j'ai été initié à la méthode par le Dr Helleday, élève de Brandt inventeur du traitement. Le Dr Helleday est un praticien justement réputé en pays scandinave pour sa compétence scientifique et son honorabilité. Je me plais à lui rendre ici un juste hommage.

Cette année, je me suis rendu auprès du maître lui-même, auprès de Brandt que j'ai trouvé exerçant son art du matin au soir malgré ses soixante-quatorze ans. « Soyez le bienvenu, m'a-t-il dit. Je vous avais fait écrire de ne pas entreprendre ce long voyage, parce que je ne parle pas votre langue. Vous êtes venu quand même. Ce n'est pas ma bonne volonté qui vous manquera. »

En effet, Brandt après m'avoir envoyé un premier message pour me dire qu'il se tenait à ma disposition, m'en avait adressé un second dans lequel il me déconseillait de venir. Je suis parti quand même et ne l'ai pas regretté. Ne connaissant pas Brandt personnellement, et connaissant par contre le jugement sommaire porté jadis en France sur sa méthode, je m'étais demandé si son désistement de la dernière heure n'avait pas d'autre cause que l'obstacle matériel de la langue. C'était, en réalité, simple excès de scrupule d'un homme qui pousse la conscience à l'extrême, car — j'ai hâte de le dire — j'ai conçu pendant mon séjour en Suède, une singulière estime pour son élévation morale. On ne saurait, je crois, pousser la sincérité, le dévouement au bien, et le désintéressement plus loin que ce praticien qu'on vient consulter de tous les points de l'Europe sans qu'il ait jamais songé à s'enrichir.

Ce sont là des gages à la confiance. La probité scientifique peut se mesurer à la probité morale. Reste l'utopie toujours possible. Brandt est-il un utopiste ? Je viens de faire une première réponse à cette hypothèse. Si l'utopie existe, elle dure et prospère depuis plus de trente ans, période durant

laquelle Brandt en pleine activité a vu parfois cent malades par jour à sa consultation. Si l'utopie existe, elle est en train de faire le tour du monde. C'est l'Allemagne qui la première accueillit les idées de Brandt. Il ne s'occupait guère que de la propagande des faits, toujours plus éloquents que les brochures et les mémoires, lorsque l'université d'Iéna le fit venir et donna le baptême officiel à sa méthode. Il est naturel que les sympathies de Brandt soient acquises au corps professoral qui l'a consacré. Aussi ai-je été touché de la façon dont il m'accueillit malgré son grand âge, moi qui, sur 86 médecins venus à Stockholm pour étudier sa méthode, étais le premier Français d'origine. J'ai été touché, dis-je, mais non étonné. Professeurs de faculté, médecins praticiens, tous ont tenu à me témoigner ou le souvenir qu'ils avaient conservé de notre école à laquelle plusieurs se sont formés, ou la haute estime dont ils honorent la science médicale française, ou simplement la sympathie populaire que les Suédois, ces Français du Nord, conservent pour notre pays.

Je tenais à m'enquérir de l'opinion du corps médical et surtout de ses membres les plus autorisés sur leur compatriote, professeurs, agrégés de la Faculté, assistants ou privat docenten de l'Institut central et des policliniques, et je la résume, pour l'honneur de la Suède, dans ces mots de l'un des gynécologues les plus autorisés de Stockholm : « les bienfaits de la méthode de Brandt ne sont plus discutables » ; mais je m'aperçus vite que si son mérite n'était plus contesté il était volontiers diminué par beaucoup de praticiens. La chose s'explique aisément. Un reste de vieux levain fermente encore contre lui. Nul n'est prophète dans son pays quand il est séparé de l'Église. Or Brandt n'est pas docteur. Il appartient à une catégorie de médecins spéciale à la Suède, catégorie comparable à celle de nos officiers de santé avec une instruction et surtout une situation sociale supérieures. Les docteurs scandinaves ont de la peine à avouer que *quelque chose de bon puisse venir de Nazareth.* Malgré l'éloquence des faits, malgré le brevet donné par l'Allemagne, malgré

l'honneur fait au pays, ils ne se résignent pas tous à reconnaître la supériorité d'un empirique.

Combien de Français auraient été Suédois sur ce point?

On ne devrait pas oublier que les qualités d'observation ne se mesurent pas aux titres acquis, et la vanité doctorale se trouverait bien de méditer ces paroles de Priestley qui, lui aussi, fut un grand aventurier de la science : « il arrive à la chasse, que ceux qui ont le plus battu le terrain, et qui par conséquent le connaissent le mieux, se fatiguent inutilement sans faire lever le gibier, qui peut partir dans les jambes d'un simple promeneur ». Un jour la Suède entière s'honorera du nom de Brandt.

II. — **Historique et critique bibliographique.**

Voici la curieuse origine du traitement. En 1847, quatre ans après que Brandt eut terminé ses études de médecin-gymnaste à l'Institut central de Stockholm, un homme atteint de chute récente du rectum réclama ses soins. Il n'y avait pas de docteur dans la localité où Brandt exerçait. Désireux de soulager ce malade, il pensa que s'il réussissait à exercer des tractions de bas en haut sur l'S iliaque, il remettrait peut-être les choses en place. Utilisant les notions anatomiques et physiologiques qu'il possédait, il fit prendre à cet homme une position analogue à celle qu'on donne pour l'opération de la taille périnéale, mais en relevant un peu le tronc de façon à rapprocher les côtes de la symphyse pubienne pour faciliter le relâchement de la sangle abdominale. Puis il se mit à droite du malade et lui recommandant de ne résister nullement, de se laisser aller, de respirer à l'aise, il enfonça avec prudence, mais très profondément la main dans la fosse iliaque gauche. Alors faisant cheminer les doigts, et entraînant le paquet intestinal dans la direction de l'épaule droite, avec un léger mouvement vibratoire il eut la satisfaction de voir que son idée n'était pas une chimère. Le rectum rentra dans l'excavation et y resta. *Cette manœuvre d'***élévation viscérale** *devait devenir*

plus tard une des inventions les plus originales de Brandt dans le traitement des affections du bas-ventre de la femme.

A la même époque, Brandt traitait un grand nombre de femmes par le massage général combiné avec la méthode gymnastique de Ling. Parmi elles, il en voyait beaucoup atteintes de diverses misères que la sience doctorale ne guérissait pas. Toujours dans la pensée de soulager — ç'a été, je crois, la préoccupation dominante de sa vie — il chercha à se débrouiller dans le chaos des affections gynécologiques. L'une d'elles, la plus simple, toute mécanique, d'un diagnostic aisé, de même nature et de même nom que l'affection guérie par lui en 1847, captiva d'abord son attention. Je veux parler du prolapsus utérin. Il se mit à étudier la configuration, les rapports et surtout les moyens de fixation des organes génitaux et il lui vint cette idée bizarre, en contradiction avec ce que nous savons ou croyons savoir des causes du prolapsus, qu'il suffirait d'élever l'utérus comme il avait élevé le bout inférieur de l'intestin pour le faire rentrer définitivement et le remettre en place. Le 10 août 1861, il put exécuter son projet. Il fit pénétrer ses deux mains ouvertes et en supination au niveau des épines iliaques antéro-supérieures, saisit le corps de l'utérus et l'éleva doucement. Cette manœuvre fut répétée le lendemain et les jours suivants et en peu de temps le miracle fut obtenu. La réduction se maintint. Brandt pensa que ce qui avait réussi pour un prolapsus réussirait à plus forte raison pour de simples abaissements. Il eut plus de succès que d'échecs.

Le scepticisme avec lequel ces faits furent accueillis se devine. Cependant plusieurs étaient hors de contestation, en particulier celui de la femme sur laquelle fut inauguré le traitement. Elle portait l'utérus prolabé dans un filet. Point n'était besoin de compétence professionnelle pour un tel diagnostic; mais la plupart des médecins haussèrent les épaules sans rien examiner. Quelques-uns seulement se donnèrent la peine de réfléchir, d'aller voir, et d'expérimenter eux-mêmes. Le Dr Levin fit une communication à la Société de mé-

decine de Stockholm. Une discussion suivit et certains faits ne paraissant plus contestables, on contesta la nouveauté du procédé. Il était cependant, certes, assez original ; mais c'est la marche ordinaire de la critique envieuse.

Hartelius, professeur à l'Institut central, esprit droit, prit la défense de son compatriote (1) et lui donna le judicieux conseil de faire précéder tout traitement d'une exploration minutieuse et d'un diagnostic exact contrôlé par les médecins. Or, la majorité de ceux-ci refusa le contrôle et la minorité fut si violemment critiquée par la presse, que Brandt n'osa plus exposer ses amis à pareille mésaventure : « Je me contenterai, disait-il, de la guérison des malades. Heureusement, c'est quelque chose ».

Il sut mettre à profit les conseils d'Hartelius. Toutes les abandonnées de la gynécologie — et il n'en manquait pas alors — affluant chez lui, il s'exerça au diagnostic, se créa une méthode d'exploration et acquit une prodigieuse habileté. Peu à peu, et par une expérience toujours croissante, il conçut tout un traitement fondé sur l'exactitude et la finesse du diagnostic. Il s'aperçut que par le massage direct de l'utérus on modifiait son volume, sa consistance, ses sécrétions, que par les manœuvres d'élévation on rendait dans certaines circonstances aux ligaments leur tonicité, que les organes adhérents pouvaient être dissociés et rendus libres. Au massage, il joignit comme moyen curatif en les modifiant, les divers mouvements gymnastiques de Ling, et puisa dans ses succès cette confiance que les confrères lui avaient refusée. Sa seule satisfaction était de guérir ce qui était réputé inguérissable et peut-être aussi, à mesure qu'il passait maître dans l'exploration, de rectifier quelques-uns de ces diagnostics dont on lui avait refusé l'attestation écrite.

J'ai dit que Brandt se contentait de la propagande des faits. Je me trompe. En 1864, il avait publié une brochure :

(1) Hygiæa. — *Journal Suédois*. Mars, 1865., p. 53.

affections utérines et prolapsus (1). En 1868, il en publia une seconde et — chose curieuse — notre pays en eut la primeur.

Il eut en effet la malencontreuse idée de faire traduire, ou plutôt travestir en français un petit livre offert sous un aspect tel qu'il était fatalement destiné à être lu avec le pouce et jeté au panier en compagnie des réclames de charlatan. L'auteur semble ignorer les termes élémentaires de la gynécologie et être incapable d'énoncer un diagnostic. Il est question dans son travail d' « endurcissements de la matrice » comme dans les traités du XVI° siècle. La méthode est qualifiée de magnétique. Comme dans certains prospectus d'origine non douteuse, on y trouve quantité de certificats de guérison donnés par X. Z. ou N. Enfin, l'auteur se présente comme un major de l'armée suédoise, chevalier de l'ordre de l'épée, capitaine du régiment d'infanterie de Skaraborg. Ces titres devaient paraître le comble du ridicule aux Français, surtout aux Français assez nombreux qui confondent les Suédois et les Lapons, et produire l'irrésistible effet d'un traité d'obstétrique, dont l'auteur s'intitulerait : B., accoucheur au 7e zouaves. Donc ce mémoire portant sa condamnation sur la couverture même, passa inaperçu ou à peu près. Il fut l'objet d'un article de journal qui traita Brandt de « malhonnête », ses malades de « femmes éhontées » et prit soin de lui faire parvenir ce compliment. Brandt rentra dans sa coquille. Malmené et même vilipendé à l'étranger comme dans sa patrie, il s'abstint de parler et d'écrire.

Aujourd'hui, après vingt-quatre ans écoulés, et pour qui connaît Brandt et sa méthode, cette brochure a l'intérêt d'une curiosité. Elle contient son traitement en germe, à l'état embryonnaire et confus. Elle est le miroir de ses défauts et aussi de ses qualités innées d'observateur. On sent que rien n'est copié dans les livres, et tel tableau étiologique des maladies des femmes a la franche saveur d'une

(1) Pour toute la bibliographie, consultez l'index.

page de Mauriceau ; mais ce n'est, je le répète, qu'une curiosité.

En 1873, Brandt eut la satisfaction de voir un médecin de Christiania, le Dr Nissen, se mettre délibérément à son école. Ce fut, je crois, son premier élève. Il resta son ami dévoué. Nous le retrouverons compagnon et collaborateur de Brandt quand l'université allemande le fit venir à Iéna. Un an auparavant, le professeur Sköldberg, de Stockholm, frappé des résultats obtenus, l'avait engagé à s'établir dans cette ville pour donner à sa méthode la publicité et la sanction dont il la jugeait digne. Brandt jouait de malheur. Le professeur mourut dans le cours de la même année, au moment où il signalait aux étudiants, l'importance du traitement. A la même époque, ou vers la fin de 1871, un Suédois, devenu depuis Parisien, mais qui exerçait alors à Stockholm et s'adonnait à la gynécologie, constata la guérison complète de femmes atteintes d'affections chroniques des organes génitaux. Ces femmes, après avoir erré de médecin en médecin, de traitement palliatif en traitement palliatif, s'étaient en définitive adressées à Brandt. Il comprit l'importance de cette trouvaille et sans étudier à fond les principes du traitement, se contentant de l'idée de massage dont il appréciait la justesse, convaincu sans doute que ce qu'un empirique avait inventé, lui, docteur, le réinventerait sans peine en le simplifiant et le perfectionnant, il se composa une méthode hybride et incomplète. Je parle du Dr Norström, et j'insiste sur son erreur, parce que la plupart des Allemands, Prochovnick en particulier, l'ont commise à leur tour, et *qu'on la commettrait facilement en France.* Les publications de Norström sont nombreuses : communication à l'Académie en 1876, mémoire consécutif, collaboration à une thèse qui fut présentée mais non soutenue à la Faculté et qui valut à l'auteur une réprimande analogue à celle que Costa s'attira

en proposant l'accouchement prématuré (1); deuxième, troisième et quatrième mémoire sur le massage des affections de l'utérus et des annexes en 1889, 1891 et 1892. Quatorze ans séparent les premières monographies des dernières en raison de l'accueil fait à celles-là. Norström n'en reprit le cours qu'après l'adoption de la méthode de Brandt par l'Allemagne. Il s'enhardit alors et publia une série d'observations prises pour la plupart dans le service du Dr Péan, à l'hôpital St-Louis. Quelles que soient les critiques qu'on puisse faire de ses ouvrages, ils ont une valeur documentaire, et Norström est chronologiquement, après l'opuscule original de Brandt, le premier qui ait cherché à introduire en France *une sorte* de massage gynécologique, mais il n'a pas rendu hommage à son compatriote, et s'est constamment écarté de ses principes.

Les principes de la méthode suédoise ont fait le sujet d'un livre publié par Brandt en 1884 à Stockholm. Je tenais beaucoup à le connaître, car c'est le seul qui soit écrit de sa main. D'autres ont été publiés depuis en Allemagne, et d'après ce livre, avec des changements, des corrections et même des perfectionnements ; mais ils ne sont plus de l'homme même et je voulais connaître l'homme même. On me déconseillait ce travail comme au moins inutile. « Le livre, me disait-on, est mal fait ; il n'a rien de scientifique ; certains passages sont incompréhensibles. » J'ai tenu bon. Point n'est besoin de voir un médecin à l'œuvre pour juger s'il est observateur et clinicien. Un livre de sa composition, parfois une simple

(1) L'accouchement prématuré artificiel, cette découverte qui a sauvé et sauve tant d'existences, fut condamné au nom de la morale. Ladite thèse fut condamnée au feu, pour sacrilège, mais sans l'intervention du bourreau, parce qu'on vivait en plein XIXe siècle. A ce propos je ferai remarquer que je n'ai pas traité une seule fois dans ce rapport la question puérile et antiscientifique de convenance et d'inconvenance du traitement dont parlent les auteurs. Le palper est inconvenant, le toucher est inconvenant, le spéculum est inconvenant, toute la gynécologie et la tocologie sont inconvenantes. Quant au danger d'excitation génitale, *tout, dans la méthode de Brandt, est combiné pour le conjurer.*

communication suffisent. Si Brandt avait, comme je le croyais, ce sens inné, ce don qu'on appelle esprit clinique, son livre, fût-il imparfait, devait en porter le sceau, comme il devait garder le reflet de sa stricte probité. Je ne m'étais pas trompé. J'accorde que le livre est mal construit, incomplet, nullement didactique et qu'il manque de plan et d'ensemble, mais la science médicale consiste avant tout dans l'observation et, à ce point de vue, le livre de Brandt est génial. Seulement dans l'intérêt même de la méthode et pour sa propagation, il était nécessaire de refondre l'ouvrage qui a tantôt perdu, tantôt gagné à ces remaniements dont les élèves de Brandt et les Allemands se sont chargés.

C'est en 1886 que l'université d'Iéna invita Brandt à venir prouver au lit des malades que son traitement n'était pas une utopie. Schultze fit cette proposition, sur la demande de Profanter, que le bruit des guérisons opérées par Brandt avait attiré à Stockholm. Le voyage de Profanter eut lieu dans l'hiver de 1885 à 1886. Après avoir constaté l'excellence de la méthode, il demanda à Brandt s'il ne consentirait pas à venir en Allemagne pour la soumettre au contrôle de l'autorité gynécologique du professeur Schultze. Brandt accepta et, au mois de novembre 1886, se rendit à Iéna avec le D[r] Nissen, son élève, une aide femme, M[lle] Johanson, et le D[r] Profanter. On réunit seize cas divers dont on demanda d'abord à Brandt le diagnostic. Malgré le témoignage de Profanter, l'incrédulité générale et même le parti pris d'opposition de quelques médecins présents dominaient. « Sait-il seulement faire un examen, disait-on ? »

Brandt examina à sa façon et sans chloroforme. Les Allemands examinèrent à leur tour, à leur façon, et pendant la narcose. Grande fut leur stupéfaction. L'empirique par sa palpation et son toucher fins et délicats, était arrivé, en pleine veille, en pleine résistance des malades, aux mêmes résultats que les gynécologues de profession par l'exploration bimanuelle forcée, en pleine résolution. C'était à croire que ses doigts avaient des papilles spéciales. « Il

explorait les ovaires aussi bien que nous, dit un témoin oculaire allemand, Skutsch. Ses diagnostics avaient la précision des nôtres. Il examinait avec une aisance remarquable les cas les plus difficiles. » Bref, on nota par écrit l'état des malades. Le professeur Schultze fit des dessins schématiques ; puis les femmes furent confiées au traitement suédois dont les effets restaient à démontrer.

Au nombre des cas, il en était un typique de paramétrite. Profanter, dans sa brochure sur le massage gynécologique, en a donné une description dont la précision laisse peu à désirer. Les schémas de Schultze accompagnent cette observation, écrite au jour le jour.

Il s'agissait d'un exsudat occupant toute la largeur du bassin, c'est-à-dire l'étendue des ligaments larges. L'utérus était en latéro-version gauche ; son col fixé; le corps revenant en arrière et à gauche avec la force d'un ressort, quand on le soulevait pendant la narcose. Les ovaires étaient englobés dans la masse paramétritique. La malade souffrait du côté gauche, avait du ténesme vésical, une miction et une défécation douloureuses ; les règles ne l'étaient pas moins et des attaques hystériques les précédaient. Le traitement fut institué le 22 novembre. Le 26, l'utérus était devenu assez mobile pour se laisser pousser dans la ligne médiane. Le ténesme vésical avait disparu ; les garde-robes étaient indolores. L'exsudat s'amollissait. Le 23 décembre, c'est-à-dire un mois après le début du traitement, les règles commencèrent. L'époque prémenstruelle avait été un peu douloureuse, l'époque menstruelle fut indolore. Le 7 janvier l'utérus était redressable, son corps porté à droite, le col à gauche. Abandonné à lui-même, il reprenait la position primitive. Le 12 janvier on pouvait palper l'ovaire gauche encore fixé comme l'ovaire droit, gros et douloureux à la la pression. On les avait perçus à travers les brides, l'un le 1er décembre, l'autre le 24. Le 23 janvier ils étaient mobiles tous deux, de grosseur normale, non douloureux et occupaient le bord du psoas. Le traitement avait duré 52 jours.

Dans les quinze autres cas soignés par Brandt à Iéna, les Allemands citent celui d'un utérus rétrofléchi, irréductible, adhérent au rectum, qui fut séparé de l'intestin, réduit et mis en antéversion normale dans l'espace d'un mois, et d'un hématome gros comme le poing dont la résorption se fit rapidement. Brandt ne fut pas aussi favorisé dans toutes les affections qu'il traita en Allemagne; mais il eut toujours au moins une amélioration, et, chose importante à noter, la chronique ne relate aucun accident. Elle s'empresse même d'en signaler l'absence, et on rechercha avec soin la moindre élévation de température. Un assistant, ennemi juré de la méthode avant de la connaître et difficile à convertir, poursuivait les malades le thermomètre à la main.

Une des guérisons les plus remarquées et les plus remarquables fut celle d'un prolapsus utérin total. La descente de l'organe avait commencé onze ans auparavant. Elle se compléta huit ans après, à la suite d'efforts faits en soulevant un pesant fardeau. La malade était relativement jeune: 34 ans. Le périnée mesurait un centimètre et demi. Pas de rectocèle. Le vagin prolabé et l'utérus se laissaient refouler profondément dans le bassin pendant la narcose. Orifice cervical large, en ectropion. Ulcère de la lèvre antérieure, allongée. Ténesme vésical. Urines douloureuses. Violentes souffrances pendant la menstruation. Le 30 décembre 1886, Brandt commença le traitement par les manœuvres dites d'élévation. Dès le lendemain, l'utérus se maintenait dans le bassin. Par le toucher, on sentait les replis de Douglas fortement tendus. Du 1er au 30 janvier on constata que la situation et le volume du corps et du col se rapprochaient peu à peu de la normale. Le 31 janvier, on congédia la malade qui, d'ailleurs, avait fait de nombreuses promenades à l'hôpital dès le premier jour du traitement. Elle revint un an et trois semaines plus tard, après avoir repris sans inconvénient ses travaux, lavant, récurant, portant des fardeaux. Le col se trouvait un peu au-dessus de la ligne des épines sciatiques. La lèvre antérieure était égale en longueur à la posté-

rieure. Le paramètre était souple et indolore; l'ovaire gauche près de la symphyse sacro-iliaque, le droit dans le cul-de-sac de Douglas, tous deux insensibles à la pression. L'utérus était en rétroversion, et pour cette raison, Brandt ne considère pas le résultat comme parfait; ce qui prouve qu'il est difficile et exigeant pour lui-même, car, comme on vient de le voir et suivant les rapports de la clinique d'Iéna, les résultats obtenus étaient comparables à ceux de la plus heureuse opération chirurgicale.

Après ces officielles preuves de sa découverte, Brandt rentra dans son pays presque aussi obcurément qu'il en était sorti. Le bruit qui était né et qui grandissait en Allemagne autour de son nom était cependant parvenu jusqu'en Suède; il se renforça plus tard par les rumeurs de la presse germanique, mais les médecins suédois, qui se tiennent avec un soin remarquable au courant des moindres productions étrangères, semblèrent peu soucieux de cette découverte nationale que les Allemands proclamaient. Un peu plus de justice et de considération aurait honoré la patrie d'Olaüs Rudbeck, de Retzius, de Ling, de Berzélius et de Linné.

Les médecins allemands accoururent à Stockholm et se mirent à l'école de Brandt. Bientôt, de nombreuses brochures, articles de journaux, leçons officielles, observations variées, parurent à Vienne et à Berlin. Ces publications sont postérieures pour la plupart, au mémoire de Profanter que précède une préface de Schultze. Quelques-unes cependant et d'autres d'origine différente, sont antérieures, comme celles de Prochovnick qui, plus tard, a réuni en un volume ses expériences personnelles et ses résultats, très inférieurs à ceux de Brandt dont il ignore la méthode, bien qu'il prétende la connaître. On formerait aisément deux autres volumes avec le reste des travaux allemands. Il y a dans ce pays une sorte de démangeaison de se voir imprimer. Tous les auteurs, à l'exception unique, je crois, du professeur Schauta, dénaturent le traitement suédois. Quand l'erreur d'un écrivain consiste seulement en faits cliniques insuffisamment

décrits ou mal constatés, le lecteur, s'il a l'intelligence critique, fait vite la part des valeurs et des non-valeurs ; mais quand l'erreur est commise sur les principes mêmes d'une méthode, elle risque de s'accréditer et de faire tort à la méthode, à son inventeur et aux malades. Je sais par expérience combien il est difficile à un étranger de s'assimiler les idées et la manière de Brandt ; je ne voudrais pas me poser en redresseur de toutes les fautes publiées et je n'ai pas la prétention de posséder *intellectu manuque*, un traitement qui est l'œuvre de trente ans d'expérience ; mais déjà maintenant, je suis en mesure de prouver que dès l'apparition des premiers travaux sur le sujet, on a tronqué la méthode. Prenons par exemple un bon livre allemand, le livre *princeps*, à dater du séjour à Iéna, celui de Profanter. Ce n'est qu'un recueil d'observations ; la méthode n'est pas décrite. Il semble donc hors de critique à cet égard ; mais son titre seul prouve que l'auteur n'a pas saisi l'ensemble du traitement. Il est intitulé : Le massage en gynécologie. — *Die massage in der Gynækologie.* — Or, le massage n'est qu'une fraction du traitement et, de plus, dans le massage même et dans l'exploration, les Allemands ne se conforment pas à la technique suédoise.

Deux éditions de l'ouvrage de Brandt ont été imprimées en Allemagne, l'une à Vienne, l'autre à Berlin. La traduction viennoise du Dr Resch sabre les chapitres relatifs à la gymnastique, et pour le reste est souvent inexacte, mais dans quelques bonnes parties on retrouve les qualités du livre original. La traduction de Berlin est une transformation à laquelle un docteur suédois, Lindblom, élève de Brandt, a pris part. Elle est plus complète que l'ouvrage suédois et Brandt la considère comme supérieure. En ce moment, le professeur Schauta s'occupe d'une nouvelle refonte dont Brandt a fourni les matériaux. Le texte a été mis en allemand à Upsal. Ce sera le meilleur livre, suivant lui.

Les travaux suédois, très peu nombreux, se bornent à quelques monographies : une du Dr Nissen ; une autre du Dr Jo-

sephson et deux du D[r] Lindblom. Ces dernières ont été publiées en allemand.

Les travaux français se composent, outre ceux de Norström, d'un article du D[r] Goldspiegel-Sosnowska qui s'est louablement efforcé de donner une idée des principales pratiques de Brandt, et d'ouvrages Genévois, le mémoire de Vuillet peu conforme à la pratique suédoise et le livre des D[rs] Jentzer et Bourcart, trop schématique, mais dont les auteurs, soucieux des principes gymnastiques, ont cherché à être exacts et à faire valoir l'importance des mouvements musculaires. Je ne dois pas oublier le D[r] Stas, d'Anvers, qui a communiqué à la Société de médecine de cette ville la traduction de l'ouvrage de Resch. Quant à nos traités de gynécologie, ou bien ils ne mentionnent pas la méthode de Brandt, ou bien ils déclarent ne pas la connaitre, ou bien ils en nient les résultats, ou bien ils en donnent une description moitié tudesque, moitié fantaisiste.

J'aborde maintenant l'étude du traitement.

Les chapitres qui suivent sont le résumé des notions générales de pratique, acquises par moi en une seule année. Je ne prétends pas n'avoir commis aucune erreur, aucun oubli. Je prétends seulement donner une vue d'ensemble de la méthode telle que je la conçois aujourd'hui, et j'ajoute, une vue clinique. Les schémas, les théories, la bibliomanie et les statistiques ne sont pas mon affaire. On ne doit point juger cette brochure avec la sévérité d'un traité didactique que plusieurs années de travail peuvent seules mener à bien.

III. — **Traitement.**

DÉNOMINATION. — Je l'appelle kinèsithérapie *pour faire comprendre qu'il n'est pas uniquement constitué par le massage.*

DÉFINITION. — La kinèsithérapie gynécologique est l'art de guérir les troubles fonctionnels et les maladies des femmes, en agissant sur les organes génitaux et leur circulation, par des mouvements (κίνησις) tantôt directs (massage, élévation), tantôt indirects (gymnastique).

BUT. — La kinèsithérapie gynécologique a pour but **la libération des organes génitaux et le rétablissement de leur intégrité anatomo-physiologique, sans opération tranchante, sans appareils chirurgicaux, sans médication, sans repos absolu ni prolongé.**

Tel est l'idéal visé ; on l'atteint dans plus d'un cas.

DURÉE. — Elle est fort variable ; exceptionnellement courte ; parfois très longue ; trois mois en moyenne. En général, plus l'affection est ancienne, plus les progrès sont lents.

INDICATIONS

Le traitement est indiqué par les simples troubles fonctionnels, par les déviations organiques, déplacements de l'utérus et de ses annexes, prolapsus, versions et flexions qui altèrent la santé ; par les adhérences et fixations anormales, par la brièveté acquise ou la contracture des ligaments, par leur défaut de tonicité, par les exsudats péri et paramétritiques, lymphatiques et sanguins, par les inflammations chroniques et subaiguës du parenchyme et de la muqueuse du corps et du col utérin, formes multiples de la métrite et ses conséquences, leucorrhée, hémorrhagies, fongosités et ulcères, par les inflammations chroniques et subaiguës des ovaires et des trompes, oophorites, périoophorites et salpingites ; enfin, par tout ce qu'on peut réunir sous le nom de misère gynécologique, misère telle dans certains cas, que le praticien à bout de ressources, se décide après temporisation à des opérations plus ou moins graves qui ne réussissent pas toujours et parfois compromettent ou suppriment la vie génitale.

CONTRE-INDICATIONS

Le traitement est contre-indiqué, *relativement*, par l'état aigu ; *absolument*, par la purulence et les néoplasmes malins ou bénins. Sont exceptées cependant dans cette dernière catégorie, les petites et moyennes tumeurs utérines dont l'élimination ou l'atrophie pourrait être favorisée par la mé-

thode suédoise ou qui seraient la source d'accidents qu'elle conjure ou atténue. Tels sont certains polypes et leurs hémorrhagies.

CONDITIONS NÉCESSAIRES POUR ÊTRE BON OPÉRATEUR

Outre la connaissance exacte des mouvements gymnastiques spéciaux institués par Brandt, d'après les principes généraux de Ling, outre un tact exercé et l'habitude du diagnostic, toutes choses qui s'acquièrent par la pratique et se perfectionnent singulièrement par l'application rigoureuse de la méthode, le médecin doit avoir des qualités de main particulières, grande souplesse articulaire, écart considérable du médius et de l'index de *la main gauche qui seule sert au toucher.*

La main droite exclue de l'exploration interne, l'extension de tous les doigts au lieu de la flexion du médius, de l'annulaire et de l'auriculaire en usage dans tous les pays, m'ont frappé et même choqué lors de mon premier voyage, et à l'arrivée, comme une bizarrerie ; mais j'ai vite compris l'utilité de cette attitude, pour une pénétration profonde, et ce que faisait gagner l'écart du médius et de l'index. Je fus surpris de voir que le Dr Helleday dont les doigts étaient moins longs que les miens, explorait plus haut et plus loin. J'examinai ses mains et je constatai qu'il obtenait à force d'habitude et par le seul effort musculaire, sans pression adjuvante, un écart du médius et de l'index supérieur au mien de près de trois centimètres. Cela s'acquiert encore par l'exercice, fort heureusement, car par la grandeur de cet écart on atténue dans une certaine mesure, mais dans une certaine mesure seulement, un inconvénient presque irréparable. Je veux parler de la brièveté naturelle de l'index. Inutile de songer à pratiquer le traitement quand on a des doigts courts, et c'est ce qui fait l'infériorité de la plupart des femmes dans ce genre de pratique, autant et même plus que le défaut de force. Brandt doit en partie son extraordinaire habileté à sa conformation physique. Ses mains

ont une mollesse, une flaccidité qui frappent la première fois qu'on les saisit, et son index mesure de l'interligne articulaire métacarpo-phalangien à la pulpe, dix centimèt., c'est-à-dire huit millimèt. de plus que la moyenne générale, même chez les hommes de sa taille, que j'évalue approximativement à 1 m. 80 c. Je donne la longueur absolue de l'index de Brandt, la longueur du squelette. Elle représente à peu près chez lui la longueur utile. Celle-ci doit être mesurée du milieu du pli inter-digital refoulé en arrière. Ce pli et la petitesse d'écart, du médius et de l'index font perdre plusieurs millimètres de longueur ; mais par l'exercice on regagne le terrain perdu. Donc, bien que les dimensions congénitales du doigt aient une grande importance surtout quand le bassin est profond, et les tissus gras ou résistants, on peut, à condition de se conformer à la technique Suédoise, devenir habile praticien, avec un index moyen, un peu d'adresse, beaucoup de patience, et l'esprit d'observation qui enseigne comment en modifiant l'attitude de la femme, on parvient à atteindre des organes qui semblaient inaccessibles.

Le traitement de Brandt n'exige aucun appareil, aucun instrument spécial. Une chaise longue et un tabouret forment tout l'attirail, les doigts, les seuls outils ; cependant pour un traitement complet on ne saurait se passer d'aide. C'est l'unique complication de toute cette simplicité mais c'est une réelle complication. Un aide suffit. Il doit avoir l'expérience non seulement des exercices musculaires, mais de la manipulation spéciale dite élévation de l'utérus. On choisit d'ordinaire une femme. Elles sont très aptes à bien faire l'élévation. Dans le choix de l'aide il faut encore avoir égard à la conformation de la main ; mais point n'est besoin de longs doigts. Au contraire, une main courte et mousse est préférable.

RÈGLE DU TRAITEMENT

Les séances sont d'ordinaire quotidiennes. Toute interruption prolongée est préjudiciable. On ne les suspend pas

pendant la menstruation, surtout en cas d'adhérences, pour bénéficier de l'assouplissement des tissus auquel ce phénomène prédispose comme la grossesse. Il est préférable que la malade se rende chez le médecin, car en principe elle ne doit pas s'aliter, et faire chaque jour un exercice proportionné à ses forces. Le rectum doit être vide autant que possible *en tous cas* la vessie, et la digestion faite. Les séances se composent, si le traitement est complet : 1° de mouvements gymnastiques ; 2° du massage et de la manœuvre d'élévation ; 3° de mouvements gymnastiques.

Chaque traitement est précédé et chaque séance est accompagnée de l'exploration, **qui doit être pratiquée suivant la méthode créée par Brandt ; position de la main de l'opérateur ; attitude de la femme.** *(A suivre.)*

NOUVEAUX DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

(Suite) (1)

Par le Professeur **A. Pinard.**

Le résumé de la longue observation qui précède peut être donné ainsi : Femme primipare toujours bien réglée ; a une suppression à la fin de mai 1888 et éprouve bientôt après des accidents qui la font entrer dans le service du Dr Siredey où elle reste trois mois et où on porte le diagnostic de grossesse et de fibromes utérins. Puis cessation des accidents jusqu'à la fin de janvier 1889. A ce moment les mouvements de l'enfant ne sont plus perçus, des douleurs apparaissent et cette femme entre à la Maternité de Lariboisière où, en raison de la présence : 1° d'une tumeur mobile contenant un fœtus, et se con-

(1) Voir *Annales de gynécologie*, juillet 1892, p. 1.

tractant d'une façon assez manifeste pour prendre une consistance ligneuse; 2° de tumeurs solides et immobilisées dans l'excavation, je porte le diagnostic de rétention d'un fœtus mort dans la cavité d'un utérus fibromateux. Aucun incident pendant les mois de février et mars. Mais à la fin de ce mois, apparition de quelques gouttes de sang; écoulement sanguin qui apparaît ensuite à peu près périodiquement tous les mois et qui détermine chaque fois, à partir du mois de mai, des poussées de péritonite; accidents inflammatoires immobilisant progressivement la tumeur contenant le fœtus et amenant à une intervention. Opération montrant l'épaisseur considérable des parois kystiques, dénotant la présence d'artères volumineuses dans l'épaisseur de ces parois. Enfin, élimination lente du placenta, résorption de toutes les tumeurs qui avaient été prises pour des fibromes.

Si, au point de vue de la symptomatologie, nous constatons ici, pendant la grossesse, une marche assez fréquente (accidents pendant les trois premiers mois, puis cessation des symptômes anormaux), il n'en est plus de même après la mort du fœtus.

Tout d'abord j'ai commis une erreur de diagnostic et j'ai cru qu'il s'agissait d'une rétention du fœtus mort dans un utérus fibromateux, et cela pour les raisons suivantes : Cette femme avait été soignée dans le service du D[r] Siredey et arrivait avec le diagnostic de ce service, *grossesse et fibromes*. Mon examen me démontrait : 1° la présence d'une tumeur mobile dans sa partie supérieure *et se contractant* (tumeur qui contenait un fœtus mort, puisque j'avais la sensation de crépitation osseuse de la tête); 2° l'existence de tumeurs dures et immobiles remplissant l'excavation.

Je pensais avoir affaire à une rétention prolongée du fœtus semblable à celle que mon ami le professeur Alphonse Herrgott a cru observer et dont il a publié la relation (1). Et comme lui, j'attendis que le travail se déclarât. Pendant

(1) Voyez *Bulletin de l'Académie*, 1889, et *Annales de gynécologie*, 1890.

cette expectation j'eus l'occasion de montrer cette femme à M. Tarnier, aux professeurs F.-J. Herrgott et A. Herrgott et le même diagnostic fut porté par tous.

Si j'avais eu à cette époque l'expérience que j'ai aujourd'hui, je n'aurais pas hésité à reconnaître mon erreur en voyant un écoulement sanguin apparaître le 26 mars, puis ensuite à peu près périodiquement tous les mois. J'aurais affirmé la grossesse extra-utérine et j'aurais opéré cette femme beaucoup plus tôt.

Mais, je le répète et j'insiste beaucoup sur ces points, d'une part je ne pouvais croire qu'un kyste fœtal pût se contracter avec autant d'énergie, et d'autre part, je croyais à une rétention prolongée causée par la présence de fibromes. Je me trompais et je crois que l'observation du professeur A. Herrgott ne doit pas être acceptée avec son titre. Malgré le long rapport lu à l'Académie de médecine dans la séance du 3 décembre 1889, je ne puis admettre cette observation comme un cas de rétention fœtale prolongée dans un utérus, et il serait facile de démontrer, je pense, qu'il s'agissait simplement d'une grossesse extra-utérine.

Pour terminer cette discussion, je tiens à faire remarquer le retour des règles survenant deux mois environ après la mort du fœtus et déterminant d'abord simplement de la tension du kyste (voy. observations précédentes), puis consécutivement des phénomènes péritonitiques. Ce sont là des éléments qui doivent servir au point de vue des indications opératoires

Obs. VI (1). — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 6e mois. Rupture du kyste fœtal. Laparotomie in extremis. Mort.* — Je dois ces renseignements à mon ami le Dr Emile Turquet, de Méry-sur-Seine, qui a soigné et m'a adressé cette femme.

Madame A....., âgée de 37 ans.

(1) Les deux observations précédentes et celles qui suivent ont été rédigées par nos chefs de clinique, MM. Boissard, Potocki, Varnier et Lepage,

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — 12 ans de mariage sans grossesse, réglée régulièrement toutes les 3 semaines; quelques accidents de métrite chronique. Pendant les règles, les seins sont toujours gonflés et douloureux.

1er mai 1889. Apparition des dernières règles.

Le 2. Arrêt brusque des règles à la suite d'une émotion très vive; pas d'accidents consécutifs; les seins restent gonflés et sensibles.

Le 25. Deuxième époque des règles; elles ne paraissent pas; léger écoulement leucorrhéique accompagné de quelques tranchées. 8 ou 15 jours après surviennent quelques douleurs de ventre. Le 9 juin elles durent 4 heures.

14 juin. Pas de règles, mais douleurs violentes dans toute la région abdominale sans localisation. Ventre un peu sensible dans toute sa surface; au toucher rien d'anormal; les seins sont toujours gonflés; facies pâle, pas de fièvre, pouls normal, langue légèrement saburrale, constipation, dysurie légère.

Repos au lit, injections de morphine. Amélioration rapide au bout de quelques jours, mais le bas-ventre reste sensible, la constipation reste opiniâtre; au bout de cinq semaines la malade se lève et s'occupe de son ménage.

20 juillet. Phénomènes péritonitiques : vers midi, la malade étant couchée est prise subitement et sans cause aucune d'une violente douleur dans le bas-ventre avec forte envie d'uriner; les douleurs reviennent par crises toute la journée sans nausées ni vomissements, pas d'écoulement utérin. A l'examen, le lendemain, le ventre est ballonné et il existe un empâtement manifeste dans le flanc droit et la région de la fosse iliaque droite; la douleur est aussi beaucoup plus vive à ce niveau; au toucher le col de l'utérus est au centre du bassin. L'utérus n'est pas douloureux, douleur légère dans le cul-de-sac; pas de fièvre, léger embarras gastrique, défécation douloureuse, mictions répétées et difficiles.

Les jours suivants, les douleurs continuent par crises surtout le soir. L'empâtement augmente et une induration apparaît au-dessus de l'arcade de Fallope.

Le 24. Le Dr Théveny, de Plancy, est appelé en consultation et constate que l'induration enveloppe l'utérus. Traitement : révulsifs sur le bas-ventre, injections vaginales au naphtol, purgatifs répétés.

Du 2 juillet au 23 août. Les douleurs vives au début, diminuent sensiblement ; l'induration fait des progrès surtout à droite et remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; la constipation et la dysurie augmentent, l'embarras gastrique continue.

Du 23 août au 7 septembre. Les douleurs disparaissent, l'induration n'augmente plus, l'empâtement de la paroi abdominale s'efface, l'état général devient meilleur, l'appétit renait et à ce moment le Dr Théveny et moi nous constatons :

A la palpation, une tumeur d'une dureté ligneuse, lisse, immobile, insensible à la pression, remplissant l'excavation à droite, remontant dans la cavité abdominale jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, dépassant légèrement la ligne médiane pour descendre obliquement à gauche jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la branche horizontale du pubis et se prolongeant à gauche le long de cette branche. A ce niveau, la tumeur semble plus molle, se durcit parfois et fait alors une saillie manifeste sur la paroi abdominale.

A l'auscultation de la tumeur à droite, on entend des bruits de frottements péritonéaux et un souffle léger analogue à un souffle maternel.

Au toucher, le col est un peu remonté et dévié à gauche ; il est légèrement ramolli et perméable ; le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur indépendante de l'utérus qui est déplacé en masse en haut et à gauche sous la branche pubienne ; il existe un sillon entre le col et la tumeur.

14 septembre. Le professeur Pinard veut bien nous accompagner le Dr Théveny et moi, pour examiner la malade ; il nous fait remarquer la forme lisse et globuleuse de la tumeur, son indépendance bien nette avec l'utérus ; de plus, il constate que la tumeur est fluctuante et très tendue. Il fait alors le diagnostic de tumeur liquide développée au niveau des annexes de l'utérus et pouvant faire penser à un kyste fœtal extra-utérin ou à une hydro salpingite, mais il croit plutôt à une grossesse extra-utérine.

Le 21. M. Pinard revoit la malade ; la tension du kyste a notablement diminué, la fluctuation est très manifeste, la tumeur semble se réduire.

Les 23 et 24. Quelques phénomènes douloureux du ventre ; les seins deviennent durs et sensibles ; éruption d'acné sur le dos

(phénomènes se produisant habituellement chez la malade à l'approche des règles). Le kyste a sensiblement augmenté de volume. Il fait une saillie en avant, la tension est devenue très grande.

Le 27. M. Pinard revient une troisième fois, accompagné de M. le Dr Vannier; ce dernier non prévenu examine la malade et fait le diagnostic de grossesse ectopique. Ce diagnostic est confirmé par M. Pinard. En effet, en pressant le mamelon du côté droit, on fait sourdre une goutte de lait; l'auscultation de la tumeur fait entendre un souffle maternel, mais pas de bruits du cœur fœtal.

15 octobre. Le kyste a augmenté de volume, il remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; la tension en ce moment est un peu moins forte; on commence à sentir à la surface de la tumeur quelques inégalités.

Le 19. Le souffle maternel augmente d'intensité, toujours pas de bruits du cœur fœtal, mais on perçoit manifestement des mouvements actifs du fœtus; la mère, non encore prévenue du diagnostic, dit sentir des battements en bas et à droite; au toucher, le col est très mou, la tumeur fait de plus en plus saillie dans le cul-de-sac, on y sent des parties dures.

Le 21. Époque des règles annoncée par des douleurs très vives, frissons, accélération du pouls sans fièvre. Le ventre est ballonné, sensible à la pression, le kyste est excessivement dur et tendu; la défécation est douloureuse, dysurie. La grande tension du kyste rend l'auscultation difficile et ne permet pas d'entendre les bruits du cœur fœtal.

Le 25. La tension du kyste a diminué et pour la première fois on entend manifestement les bruits du cœur fœtal; le foyer d'auscultation siège un peu à gauche de la ligne médiane et à 4 travers de doigt du pubis.

10 novembre. Le kyste dépasse l'ombilic de 4 travers de doigt; la forme du ventre est irrégulière : globuleux à droite, il est aplati à gauche; à droite et en bas, grosse saillie molle au niveau de laquelle on entend un souffle très prononcé; en haut, tumeur moins saillante, mais dure et rénitente; à gauche et en bas, la petite tumeur formée par l'utérus; au-dessus on sent des parties dures et résistantes, c'est à ce niveau que se trouve le maximum des bruits du cœur qui deviennent très forts.

Le 13. La malade se plaint de démangeaisons; éruption ortiée à la face, au cou, aux membres inférieurs.

Le 21. L'éruption s'atténue, les démangeaisons disparaissent; vers le soir, les mouvements actifs du fœtus qui habituellement étaient très fréquents et très prononcés, cessent tout à coup, sans aucun motif; le lendemain à l'auscultation, on ne peut retrouver le moindre battement du cœur fœtal.

Les 22, 23, 24. L'auscultation attentive et répétée ne révèle aucun bruit du cœur; les mouvements actifs n'ont pas reparu ; le ventre semble s'affaisser. Il est sorti de la vulve à plusieurs reprises des débris de membranes, sans une goutte de sang. L'état général est satisfaisant, malgré un état nauséeux depuis le 22.

Le 29. Frisson violent qui dure une heure environ.

Le 30. Nouveau frisson moins fort, le facies s'altère, température 38°,5, P. 100, amaigrissement, perte d'appétit, le ventre n'est pas sensible.

1er décembre. L'état général s'altère avec une très grande rapidité, les yeux s'excavent. Pendant la nuit, frisson violent qui a duré 4 heures; température du matin 38°,8, P. 120. Le ventre est légèrement ballonné et sensible surtout à gauche, l'utérus se contracte souvent; écoulement par la vulve d'un liquide sanguinolent.

En présence de l'altération rapide et croissante de l'état général depuis deux jours, on décide de partir le jour même à Paris; le voyage est très bien supporté sans souffrance, et la malade arrive à la Clinique Baudelocque à 10 heures du soir.

La température est de 39°, le pouls fréquent et petit; facies abdominal.

Examen. — Du côté des seins, modifiés comme à l'ordinaire dans la grossesse, il s'écoule quelques gouttes de colostrum en pressant la base du mamelon.

Le ventre présente une forme irrégulière, la tumeur remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et offre sa plus grosse saillie en haut, à droite de la ligne médiane; à gauche saillie moins volumineuse séparée de la précédente par un méplat.

Par le palper, on a la sensation du ballottement fœtal; le siège occupe la grosse partie de la tumeur kystique, la tête est en bas et donne une sensation de crépitation.

Par le toucher, on arrive sur le col en partie ramolli, abaissé et nullement dévié; l'utérus facile à délimiter est assez mobile et remonte à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. Le cul-

de-sac postérieur est en grande partie effacé et est occupé par la tête fœtale sur laquelle on arrive facilement, car elle n'est pas séparée du doigt qui explore par une grande épaisseur de parties molles, si bien qu'on pourrait peut-être donner la préférence à l'élytrotomie.

3 décembre. Soir, temp. 40°. Le ventre est extrêmement tendu et douloureux. Temp. 38°,6 ; à midi 40°,2. A deux heures et demie brusquement la malade est prise de douleurs abdominales horribles et ne cesse plus de crier; la malade prend le facies péritonéal, les extrémités se refroidissent, et le pouls est incomptable.

Diagnostiquant une rupture du kyste fœtal, le professeur Pinard fait à 4 heures et demie la laparotomie d'urgence.

Opération. — On fait à la malade une injection sous-cutanée avec 1 cent. cube de la solution suivante :

Morphine............................	0. 10 cent.
Atropine............................	0.005 milligr.
Eau de laurier-cerise..................	10 gr.

et on donne le chloroforme.

On fait une incision longitudinale de 9 à 10 centimètres à droite de la ligne blanche, pour éviter de blesser les anses intestinales extrêmement distendues par les gaz.

On arrive directement sur le kyste fœtal qui est réuni à la paroi abdominale par 15 sutures de soie phéniquée ; ceci fait, on incise le kyste d'où il sort des gaz fétides et un liquide sanieux et infect ; on retire, après avoir fait de grands lavages avec la solution au naphtol, un fœtus macéré, météorisé, du sexe masculin, pesant 950 grammes.

En introduisant la main dans la cavité kystique on cherche le siège de la rupture, mais on n'obtient aucun renseignement positif à ce sujet; on sent seulement à la partie supérieure, à travers la paroi du kyste, le paquet intestinal qui est extrêmement distendu par des gaz

On laisse le placenta en place et quatre pinces à forcipressure; on place trois tubes à drainage et on fait un pansement à la gaze et au coton iodoformé. L'opération a duré près d'une heure. On replace la malade sur son lit; facies péritonéal, refroidissement des extrémités, pouls à 180, irrégulier.

La malade meurt dans la nuit, à une heure.

Le 5. Autopsie, faite le matin à 10 heures. — On enlève le pansement qui est imbibé de sang seulement à sa partie profonde ; on

fait en fer à cheval une incision sur la paroi abdominale, de façon à pouvoir rabattre de haut en bas toute cette paroi; ceci fait, on constate que le péritoine et les anses intestinales sont piquetés de taches noirâtres; au niveau de la fosse iliaque droite, il existe un diverticulum rempli d'un liquide sanieux, purulent; à la partie profonde, on trouve un orifice qui permet l'introduction du médius et qu'on pourrait prendre tout d'abord pour une solution de continuité du kyste; un examen plus complet permet de reconnaître que cet orifice est dû au non affrontement en cet endroit de la paroi antérieure du kyste à la partie profonde de l'abdomen; au contraire, sur toute la longueur de l'incision, il y a déjà un commencement de réunion entre les lèvres de la section de la paroi abdominale et la face antérieure du kyste; on coupe les fils de suture. La paroi abdominale enlevée, le kyste fœtal apparaît; il a le volume d'une tête de fœtus à terme; sa paroi antérieure grisâtre est parcourue par une anse intestinale en fronde, si fortement adhérente sur tout son trajet qu'on ne peut la décoller et qu'on aurait pu couper si l'incision avait été faite sur la ligne blanche. Le kyste présente des adhérences sur presque toute son étendue, surtout à la partie postérieure : celles de la paroi abdominale sont au contraire peu marquées. Les parois du kyste ont une épaisseur de 2 centim. environ; le placenta paraît volumineux et est inséré sur la face postérieure; en faisant basculer le kyste pour le sortir de l'abdomen, on constate l'existence d'une rupture sur la paroi postérieure; l'orifice de la rupture est irrégulièrement circulaire et permet l'introduction de l'index; on constate en même temps la présence d'une grande quantité de sang dans la cavité péritonéale.

Pour mieux étudier la pièce, chercher à se rendre compte de la variété de grossesse ectopique à laquelle on a affaire, on enlève le kyste attenant à l'utérus et on fait congeler toute la pièce; on fait alors quatre coupes qui permettent de voir très nettement les modifications dont l'utérus est le siège, et de préciser le siège de la rupture kystique et le lieu où s'est développée cette grossesse ectopique.

Ces coupes ont été publiées dans notre atlas (1) et démontrent que le kyste fœtal s'est développé sous le péritoine, entre celui-ci et la paroi postérieure de l'utérus, dont il l'a

(1) Voyez : *Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique*, par PINARD et VARNIER, 1892, planches XIV à XXII et texte, p. 39.

décollé dans le sens vertical jusqu'à neuf centimètres au-dessus du cul-de-sac postérieur du vagin. Il s'agit donc d'une grossesse ectopique sous-péritonéale, intra-ligamenteuse, mais qui, à un moment donné, a dépassé de beaucoup les limites de ce ligament.

Elles font ressortir également la texture de l'énorme masse placentaire dont les dimensions totales sont les suivantes :

Hauteur, 19 centim. 5.

Épaisseur, 8 centim. 4.

Largeur, 18 centim.

Remarques. — Cette observation montre chez une femme primipare sans antécédents pathologiques : des accidents se produisant dès le début et se continuant pendant toute la durée de la grossesse ; la mort de l'enfant survenant au 7e mois quelques jours après l'apparition d'une éruption ortiée ; la purulence envahissant le kyste fœtal immédiatement après la mort du fœtus ; la rupture du kyste existant dans la loge placentaire derrière le placenta et non dans la loge fœtale ; enfin, les rapports du kyste avec l'intestin (passage d'une anse en cravate et adhérences sur la face antérieure du kyste) et avec le péritoine.

Obs. VII. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 6e mois environ. Laparotomie 2 mois environ après la mort du fœtus*, par le Dr Ribemont-Dessaignes. *Extraction de la tête le 19e jour*, par le Prof. Pinard. *Guérison sans fistule.*

La femme qui fait le sujet de la 7e observation est une femme âgée de 32 ans ayant eu déjà un accouchement spontané et à terme et n'ayant aucun antécédent pathologique. Généralement bien réglée, elle vit apparaître ses règles pour la dernière fois le 15 avril 1889. Après avoir présenté la symptomatologie ordinaire, cette femme entra à la Maternité de Beaujon où mon collègue le Dr Ribemont-Dessaignes ne tarda pas à faire le diagnostic de grossesse extra-utérine et c'est avec son agrément que je publie cette observation.

Mal installé pour opérer dans son service, il fit transporter cette malade à la Clinique Baudelocque le 2 décembre. Il pratiqua la laparotomie le 4.

Le kyste fœtal ayant été mis à nu et suturé, fut incisé. L'extraction du fœtus fut extrêmement laborieuse. L'extrémité pelvienne correspondant à l'incision fut saisie, mais le fœtus ne put être dégagé dans son entier. A la partie inférieure du kyste siégeait un étranglement qui correspondait au cou du fœtus, de telle sorte que la détroncation fut indispensable. Le tronc ayant été enlevé, la tête siégeait à une profondeur considérable. Le rétrécissement était tel à ce niveau que M. Ribemont-Dessaignes préféra laisser la tête plutôt que d'exposer la femme à un traumatisme dangereux. Le placenta et la tête du fœtus furent donc laissés dans le kyste. Ce dernier fut irrigué au naphtol matin et soir. Le 12e jour l'élimination du placenta commença et je fis l'extraction complète le 16e jour. Quant à la tête, je la broyai avec de fortes pinces et pus enfin l'extraire en totalité le 19e jour. A partir de ce moment les parois du kyste se rapprochèrent rapidement.

Cette femme, sortie le 2 mars en très bon état, revint dans mon service il y a quelques jours, et, sauf la cicatrice de réunion qui n'est nullement saillante, et qui ne présente ni fistule ni éventration, il ne lui reste aucune trace de sa grossesse extra-utérine. L'utérus est tout à fait mobile, bien au centre de l'excavation. Les règles sont régulières, l'état général est excellent et cette femme travaille aux champs du matin jusqu'au soir, aussi bien qu'elle le faisait auparavant.

REMARQUES. — La particularité la plus saillante de cette observation consiste dans la disposition du sac fœtal qui présentait une forme bilobée avec étranglement au niveau du cou. C'est cette disposition rare qui rendit l'extraction incomplète au moment de la laparotomie et qui nécessita le broiement de la tête 19 jours après. Enfin, il faut remarquer que, malgré cette complication, la guérison fut complète et rapide et que la cicatrice fut parfaite et l'est encore aujourd'hui.

OBS. VIII. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 6e mois. Elytrotomie. Guérison.*

La nommée Boud..., âgée de 31 ans, entre le 18 janvier 1890 à la Maternité Baudelocque, service de M. le professeur Pinard.

Cette femme est née à Paris; son père est mort à 68 ans, sa mère

à 55 ans, sa sœur et ses trois frères sont vivants et bien portants.

Quant à elle, elle a toujours été d'une bonne santé; réglée à 13 ans et demi et depuis toujours très régulièrement, elle est déjà accouchée deux fois : la première fois en 1879, la seconde en 1881. Ces deux accouchements à terme ont été faciles et spontanés; les suites de couches ont toujours été physiologiques. Les deux enfants mis en nourrice ont vite succombé. Depuis son dernier accouchement, les règles, non douloureuses, viennent périodiquement d'une façon très régulière.

Le 10 avril 1889, la malade voit ses règles pour la dernière fois et, en raison de la régularité antérieure de la menstruation, croit qu'elle commence une troisième grossesse; mais le début de cette grossesse probable ne ressemble en rien aux deux grossesses précédentes, en raison des douleurs qui ne tardèrent pas à se montrer. La malade va alors consulter au mois de juin, à l'hôpital Lariboisière : là on affirme l'existence de la grossesse; mais, d'après le dire de la malade, on ne put entendre les bruits du cœur. On conseille des bains. A partir de ce moment, la malade se sent de plus en plus fatiguée et les douleurs deviennent plus vives; ces douleurs de ventre sont intermittentes, revenant par crises, durant deux et trois heures. A partir d'octobre, la malade commence à maigrir; il y a un peu de fièvre et les nuits sont sans sommeil; en outre, il y a perte de l'appétit et des vomissements fréquents plus marqués encore au moment des crises douloureuses.

Au commencement de novembre, en se mettant sur le bassin, elle est prise de douleurs violentes qui l'empêchent de se relever. Une sage-femme appelée à ce moment pense que l'accouchement se fera dans la nuit; elle affirme que le fœtus est vivant et que l'extrémité céphalique est en bas. Bientôt les douleurs se calmèrent, mais la femme n'accoucha toujours pas. Un médecin, appelé huit jours après la visite de la sage-femme, pense que l'accouchement ne peut tarder à se faire.

Les choses restèrent à peu près dans le même état quand le 10 janvier se montra un premier écoulement de sang; la perte fut peu marquée; mais, depuis, tous les jours, la femme perd du sang, ce qui n'avait jamais eu lieu jusqu'alors; ces écoulements de sang sont accompagnés ou non de coliques; jamais il n'y a eu d'expulsion de peau ou de membranes à la connaissance de la malade.

État actuel. — 18 janvier. Amaigrissement assez marqué, pouls petit et assez fréquent (100), température 37°,4 ; l'appétit est un peu revenu, plus de vomissements ; miction facile, assez fréquente ; constipation ; pas d'œdéme des membres inférieurs ; les urines ne renferment pas d'albumine.

Seins assez développés ; quatre mois après les dernières règles, écoulement de colostrum qui tache la chemise ; depuis deux mois les seins ont beaucoup diminué de volume ; mais, à la pression de la base du mamelon, on fait sortir facilement du lait.

Le ventre présente une forme irrégulière ; il a diminué depuis un mois dans des proportions assez considérables. Par le palper on délimite une masse remontant jusqu'à l'ombilic : cette masse, cette tumeur, est bilobée, présentant deux grosses extrémités de chaque côté de la ligne médiane, qui font penser à un utérus bicorne ; mais, à aucun moment, on ne perçoit de contraction dans cette tumeur. Dans la grosse extrémité gauche on perçoit très nettement et superficiellement une crépitation osseuse ; sensation d'empâtement dans la grosse extrémité droite. La totalité de la masse n'est point mobile et paraît adhérente à la face profonde de la paroi abdominale. De plus, on sent au-dessus de la symphyse du pubis, légèrement inclinée à gauche, une autre masse pyriforme à grosse extrémité supérieure remontant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse. Il est vraisemblable que cette masse est constituée par l'utérus augmenté de volume ; cependant, on ne peut percevoir de contractions pendant l'examen. L'exploration de l'abdomen par le palper est peu douloureuse.

A l'auscultation, on n'entend aucun bruit, aucun souffle.

Toucher. — Léger écoulement sanguin par les organes génitaux. L'excavation est remplie par une masse irrégulière, assez volumineuse, immobile, occupant tout le cul-de-sac postérieur ; le doigt arrive de suite sur cette masse, directement pour ainsi dire, n'étant séparé d'un plan résistant que par une très petite épaisseur de parties molles ; il semble même qu'on puisse reconnaître la présentation de l'extrémité pelvienne.

Le col de l'utérus a toute sa longueur, il est ramolli dans presque toute son étendue ; l'orifice externe seul perméable permet l'introduction de la première phalange ; il est rejeté en avant derrière la symphyse ; et en imprimant des mouvements, on sent qu'ils sont transmis à la main appliquée sur la paroi abdominale

au niveau de la masse à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Cette masse est donc bien l'utérus incliné à gauche et augmenté de volume; l'utérus est vide; on fera du reste le cathétérisme utérin. En présence de ces signes, le professeur Pinard diagnostique une grossesse ectopique.

24 janvier. Léger écoulement de sang; exploration par le cathétérisme vésical, combiné au toucher vaginal; la vessie se trouve refoulée à droite, latéralement à l'utérus refoulé bien à gauche. Désinfection du vagin par injections toutes les quatre heures. Asepsie du tube digestif (paquets de cascara et naphtol).

Le 25. En raison des résultats obtenus par les différents moyens d'exploration, le professeur Pinard pratique l'élytrotomie en présence du professeur Slawiansky, de St-Pétersbourg. Injection sous-cutanée de solution d'atropo-morphine. Après avoir tendu avec deux doigts la paroi postérieure du vagin, le professeur Pinard fait entre ses deux doigts une incision à gauche et en arrière et d'arrière en avant sur un pied du fœtus qu'on sent à travers la paroi qui est très peu épaisse. On arrive sur les membranes qu'on rompt et on agrandit la plaie avec les doigts en produisant un léger écartement des parties molles. On arrive sur le fœtus qui est extrait par le siège; il est du sexe féminin et pèse 1180 grammes. Immédiatement après l'extraction, grands lavages avec plusieurs litres d'une solution de naphtol, tamponnement du kyste fœtal et du vagin avec une bande de quatre mètres de gaze iodoformée. Durée de l'opération, 35 minutes.

Le soir la malade a eu quelques vomissements; pouls 120, temp. 38°,2.

26 janvier. Encore un vomissement le matin; pouls 130, temp. 39°; pas de douleurs ni d'écoulement. On sonde la malade deux fois par jour : urines foncées.

Le 27. La nuit a été bonne, une peu d'excitation mise sur le compte du pansement iodoformé; on détamponne alors la malade et on fait un grand lavage avec la solution de naphtol. Tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Le 28. On supprime le tampon de gaze iodoformée qu'on remplace par du coton hydrophile trempé dans une solution de biiodure de mercure à 1/4000.

Le 30. L'écoulement a manifestement de l'odeur, on fait quatre irrigations par jour. L'état général est excellent. La malade s'alimente volontiers.

5 février. En raison du rétrécissement de la plaie, le professeur Pinard, après avoir constaté la présence de la membrane granuleuse interposée entre le placenta et la paroi du kyste, fait donner du chloroforme et introduit toute la main dans le vagin; avec deux doigts introduits dans le kyste fœtal, il va décoller le placenta : il introduit ainsi, doucement et sans violence, successivement et alternativement cinq fois la main gauche ou la main droite et extrait la totalité du placenta qui est étalé et présente une grande surface. Aucun écoulement sanguin.

Dans la journée, la malade a eu quelques vomissements, mais l'état général est très bon et il n'y a point de fièvre.

Le 10. La malade va de mieux en mieux. Les forces reviennent vite. Presque plus d'écoulement par le vagin. Deux injections vaginales seulement pas jour. Temp. 37°.

Le 13. La malade veut se lever et demande à sortir. A l'examen fait au spéculum on constate l'existence d'un petit orifice là où a porté l'incision ; il s'écoule encore un peu de liquide séro-sanguinolent.

Par le palper, on ne retrouve aucune trace du kyste fœtal; le col et le corps de l'utérus ont repris leur situation normale.

Le 19. La malade veut absolument sortir; on signe son exeat sur sa demande.

Cette femme a été revue six mois après. Son état général était excellent. Au point de vue local, l'utérus était en place, mobile et le kyste complètement résorbé. Je l'ai revue il y a quelques jours; sa santé est florissante.

REMARQUES. — Dans cette observation, on doit remarquer la disposition du kyste fœtal, qui plongeant dans l'excavation et ayant déplacé l'utérus et la vessie, commandait l'indication de l'élytrotomie.

Ensuite une véritable *délivrance artificielle* fut pratiquée dix jours après l'ouverture du sac et sans qu'il y eut le moindre écoulement sanguin.

OBS. IX. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 8e mois environ. Laparotomie sept semaines après la mort de l'enfant. Guérison.*

La nommée L..., âgée de 28 ans, est entrée à la Clinique Baudelocque le 25 octobre 1890.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et bien portants. Un frère vivant, une sœur morte de tuberculose pulmonaire il y a un an. Pas de vices de conformation dans la famille.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein par sa mère pendant 18 mois. A marché à 11 mois et toujours marché depuis cet âge. Rougeole à cinq mois. Aucune maladie depuis cette époque. N'a jamais gardé le lit, sauf à l'occasion de la grossesse actuelle. Réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans; l'établissement de la menstruation n'a été signalé par aucun accident. Les règles ne reviennent pas à époques fixes, elles sont séparées par des intervalles variant de 1 mois à 6 semaines et deux mois. L'écoulement menstruel ne dure ordinairement que vingt-quatre heures et n'est accompagné d'aucune douleur. Jamais la malade n'a eu d'affection des organes génitaux ni d'affection abdominalé.

Cette femme est mariée depuis 10 ans; et quoiqu'elle désire avoir des enfants et que son mari soit bien portant, elle n'a jamais été enceinte avant cette année. Son mari est vigoureux, il est d'une famille de 13 enfants et ses frères et sœurs ont tous des enfants.

En résumé, jusqu'au 15 janvier 1890, il n'y a dans l'histoire médicale de cette femme aucune particularité digne d'attirer l'attention.

Les dernières règles ont eu lieu le 15 janvier de cette année; depuis cette époque, cette femme n'a pas perdu de sang. Toutefois comme sa menstruation était assez irrégulière, elle ne se croyait enceinte ni en février ni en mars.

Dès les premiers jours de février, notre malade est prise de phénomènes douloureux dans le bas-ventre accompagnés de vomissements alimentaires et de malaise général, qui la forcent à garder le lit. A ce moment-là, elle habite le Havre. Ces accidents ont duré une partie du mois de février, trois semaines, nous assure la malade, et ils se sont reproduits jusqu'à ce jour à différentes reprises; il y aurait eu depuis le mois de février six crises douloureuses semblables. Ces crises douloureuses ont toutes été marquées par l'apparition de douleurs abdominales, de vomissements, de faiblesse et chaque fois la malade a été obligée de garder le repos au lit. Elle assure que les crises ont présenté des durées décroissantes, de telle façon qu'en juillet 1890, la crise n'a duré que deux ou trois jours, mais par contre les douleurs devenaient de plus en plus vives. En somme, pendant la moitié environ de sa grossesse, cette femme a été obligée de garder le repos au

lit. Jamais il n'y a eu d'écoulement de sang par les organes génitaux, la femme est très affirmative à cet égard ; à aucun moment non plus elle n'aurait expulsé de caduque.

A la fin du mois de mars, cette femme se croit enceinte, mais le médecin qui la soigne ne reconnaît pas de signe certain de grossesse. Sur ces entrefaites, elle quitte le Havre et vient habiter St-Denis. Au mois de mai, reprise d'accidents abdominaux, elle appelle M. le Dr Dupuis, de St-Denis, qui la trouve trop malade pour être transportée à l'hôpital. Dans la note qu'il m'a remise, je lis en effet :

« Appelé le 13 mai, chez la femme L..., je la trouve couchée dans le décubitus dorsal, le facies grippé, accusant une vive douleur dans la fosse iliaque gauche ; le pouls est petit et fréquent ; il y a des vomissements porracés. L'examen du ventre est presque impossible tant la pression est douloureuse. La peau est normale mais il y a de l'empâtement et une tuméfaction diffuse dans la fosse iliaque gauche. »

Sous l'influence du traitement, l'état s'améliore peu à peu et le 19 mai la femme put être transportée à l'hôpital de St-Denis, dans le service du Dr Dupuis. Quatre ou cinq jours après son admission, tout état fébrile avait disparu, la fosse iliaque n'était plus douloureuse et pouvait être explorée facilement. M. Dupuis y constata la présence d'une tumeur assez nettement arrondie, dont la partie gauche était fluctuante et dont la partie droite moins volumineuse et dure rappelait un corps fibreux. La tumeur augmenta assez vite de volume, dit M. Dupuis, et quand elle eut atteint le niveau de l'ombilic, on entendit à son niveau un souffle isochrone au pouls et analogue au souffle utérin. Au commencement de juillet, on perçut les battements du fœtus. D'ailleurs depuis les derniers jours de juin, la femme sentait remuer. La grossesse était donc absolument certaine. Le 31 juillet cette femme, qui jouissait à ce moment d'un état assez bon, quitta l'hôpital où elle ne rentra que le 3 septembre (la femme dit le 24 septembre).

A cette date, elle fut prise de douleurs abdominales survenant à intervalles réguliers et dont quelques-unes avaient même le caractère expulsif ; comme elle se savait enceinte, on crut à l'établissement du travail et on l'admit à la Maternité de l'hôpital. Elle y resta vingt-quatre heures, mais le Dr Dupuis ne constata aucun signe de travail ; le col restait long, mou, perméable ; la première

phalange, qui pouvait y pénétrer facilement, n'y rencontrait aucune partie fœtale.

Les douleurs disparurent et la femme fut mise en observation dans le service de médecine.

Il s'agissait donc d'un faux travail, mais il n'y eut ni sang ni caduque expulsés. Toutefois, à partir de ce moment, les mouvements du fœtus cessèrent d'être perçus par la femme et l'auscultation ne fit plus rien entendre; l'enfant était donc mort. Le Dr Dupuis, qui en juillet soupçonnait déjà la possibilité d'une grossesse extra-utérine, crut être autorisé à poser le diagnostic. En septembre et octobre, rien de particulier; fièvre légère le soir, survenant très irrégulièrement d'ailleurs. La femme quitte l'hôpital de St-Denis le 23 octobre et est adressée par M. Dupuis à M. le professeur Pinard.

État actuel, le 9 novembre 1890. — Femme de taille moyenne, de bonne constitution, jouissant actuellement d'une excellente santé; l'appétit est bon, les digestions sont normales. Constipation. Miction normale. Cœur et poumons sains. Le squelette a été légèrement touché par le rachitisme (incurvation des fémurs, sternum à face antérieure convexe, quelques nodosités costales; atrophie cupuliforme des incisives inférieures). Seul, l'examen de l'abdomen et des organes génitaux fournit donc des renseignements importants.

Le ventre est développé comme à huit mois de grossesse environ. La peau mince est sillonnée de nombreuses vergetures et parcourue par des veines sous-cutanées très apparentes; elle est peu résistante; aussi quand la femme s'assied sur son lit, le ventre retombe-t-il presque au contact des cuisses.

L'abdomen, dont la plus grande saillie est au niveau de l'ombilic, est élargi transversalement par la tumeur qu'il renferme. Sa grande circonférence passant par l'ombilic est de 95 centim.; la distance de son extrémité supérieure au pubis est de 35 centim. et l'ombilic en occupe exactement le milieu.

Vu de face, le ventre n'est pas régulier; on trouve en effet un sillon vertical assez apparent qui sépare une petite tumeur située à droite de la tumeur principale qui est à gauche.

Cette tumeur a une consistance générale mollasse, analogue à celle d'un utérus contenant un fœtus macéré; elle n'offre pas cette résistance que présente si souvent le kyste fœtal extra-utérin quel-

que temps après la mort du fœtus. Sur la ligne médiane, au-dessous et à gauche de l'ombilic, on perçoit avec une grande netteté la crépitation osseuse qui indique à ce niveau la présence de la tête du fœtus dont les os chevauchent les uns sur les autres. On ne distingue pas d'autre partie fœtale.

A droite et en bas, dans la fosse iliaque, on trouve une tumeur plus dure que le kyste fœtal, régulière, piriforme, qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis : c'est l'utérus augmenté de volume, séparé par un sillon très net de la tumeur principale.

A deux reprises différentes pendant ses examens, M. Pinard a pu surprendre des contractions de l'utérus qui devenait absolument ligneux pendant une à deux minutes. L'auscultation est négative, on ne trouve pas de souffle maternel. La vulve est normale, sans œdème, sans coloration violacée. Au fond du vagin, on trouve le col de l'utérus long de 2 cent. environ, dirigé en arrière et en bas. Il n'est pas directement appliqué contre le pubis, et on peut interposer facilement le doigt entre lui et l'arcade pelvienne antérieure. Les mouvements qu'on imprime à l'utérus situé dans la fosse iliaque droite se transmettent au col. Le col utérin est ramolli, son orifice externe, qui est entr'ouvert, offre un petit tubercule sur sa lèvre postérieure. Le col est porté, ainsi que le corps de l'utérus, à droite du bassin. Aussi le cul-de-sac latéral droit est-il petit en comparaison du cul-de-sac gauche.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, on perçoit, mais profondément, une tumeur dure, irrégulière qui n'est autre chose que la partie inférieure du kyste fœtal. Elle est séparée du doigt qui pratique le toucher par une assez grande épaisseur de tissu appartenant au ligament large.

La vessie forme le plancher de la tumeur, et occupe tout le cul-de-sac latéral gauche, ce que le doigt permet de constater quand ce réservoir est à demi distendu par l'urine, et ce que démontre l'exploration avec le cathéter. La vessie est donc libre, ce qui explique l'absence de troubles de la miction.

Ce kyste fœtal rejoint en avant et en arrière les parois du bassin et s'y trouve enclavé solidement. Les rapports du kyste avec la vessie ainsi que la profondeur à laquelle il est situé, contre-indiquent l'ouverture par le vagin. Celle-ci est encore contre-indiquée par un autre motif que M. Pinard fait remarquer. Le toucher démontre en effet que la partie fœtale accessible est l'épaule; si dans

ces conditions on incisait par le vagin le kyste fœtal, on arriverait sur l'épaule et il serait extrêmement difficile de faire évoluer le fœtus pour l'extraire.

La seule voie par laquelle il est possible de l'attaquer est donc la paroi abdominale. Cathétérisme utérin qui donne une profondeur de 11 centim.

Je pratique la laparotomie le 12 novembre 1890. Après avoir sectionné la paroi abdominale, j'arrive sur le kyste, adhérent en bas, libre à la partie supérieure. Avant de l'ouvrir, je le suture à toute la circonférence de la plaie, puis je l'incise et fais l'extraction par les pieds d'un fœtus pesant 3220 gr. J'incise le cordon au ras du placenta. Je lave largement le kyste au naphtol, etc. Les suites opératoires furent simples mais le placenta ne fut complètement éliminé que le 11 décembre. Le 30 janvier, lors de la sortie de la femme, on ne constatait plus trace du kyste fœtal et l'utérus était revenu sur la ligne médiane.

REMARQUES. — Cette observation est surtout intéressante par la netteté du faux travail qui fit croire à un accouchement prochain et par le développement normal du fœtus qui pesait 3220 gr. *(A suivre.)*

UNE OBSERVATION D'ANUS VAGINAL DE L'S ILIAQUE

Par **Em. Lauwers** (de Courtrai).

Sidonie W..., âgée de 32 ans, mariée, mère de trois enfants, me fut envoyée en février 1892, par son médecin, avec prière de la guérir d'une déchirure complète du périnée. Le dernier accouchement de la malade datait de six mois, et depuis cette époque elle souffrait d'incontinence des matières fécales.

A l'examen, je constatai une rupture totale du périnée, entamant la cloison recto-vaginale à 2 ou 3 cent. de hauteur.

Le 17 février, je fis la périnéorraphie par le procédé à lambeaux de Lawson Tait.

Le quatrième jour, en pratiquant une irrigation vaginale, je fus étonné de voir des selles moulées s'échapper en grande abondance

le long de la canule. La plaie périnéale avait bel aspect. Je fis le toucher vaginal : il existait, très haut, à la paroi postérieure du vagin, une fistule à bords très épais, admettant aisément l'extrémité de l'index. Les jours suivants, je pratiquai des irrigations abondantes, entraînant les matières fécales épanchées dans le vagin. Le 8e jour, la plaie périnéale était guérie sans trace de suppuration.

Deux mois plus tard, le 30 avril, persuadé que la cicatrice périnéale était assez solide pour supporter un large écartement des lèvres de l'orifice vulvaire, je procédai à l'oblitération de la fistule. Comme les bords de la perforation étaient très gros, bien étoffés, je réussis à pratiquer un large avivement et à faire une suture correcte et minutieuse.

Le second jour à partir de l'opération, la malade accusa de violentes douleurs à l'hypogastre, le pouls s'éleva à 140 pulsations à la minute et la température monta à 40° C. Rétention absolue des matières fécales et des gaz. Au moment où je me disposais à enlever les points de suture pour faire cesser l'étranglement, la plaie éclata et les matières fécales s'écoulèrent abondamment par le vagin. Le lendemain, la fièvre avait cessé et les douleurs avaient disparu.

Quelques jours plus tard, j'examinai la malade sous le sommeil anesthésique : pratiquant le toucher vaginal et rectal combinés, je m'aperçus que la fistule donnait accès à une cavité intestinale,

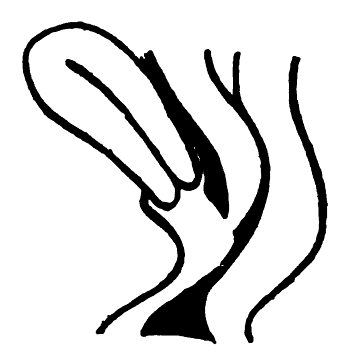


Fig. 1. — Anus vaginal de l'S iliaque.

absolument indépendante et séparée du rectum (fig. 1). Je savais déjà du reste, que, contrairement au dire de la malade, les matières

venaient en totalité par le vagin : les phénomènes d'étranglement, qui avaient succédé à l'oblitération de la fistule, et l'examen direct de la malade, pratiqué à différentes reprises au moment de l'expulsion des selles, ne laissaient aucun doute à ce sujet.

Je soumis la malade à un nouvel interrogatoire et j'appris qu'après l'accouchement il était sorti « quelque chose qui avait beaucoup effrayé le médecin », et que le huitième jour un lambeau de chair putréfiée avait été expulsé par le vagin.

Enfin, tenant compte de la consistance et de la coloration des selles, je fus amené à admettre :

1° Qu'après l'accouchement une anse intestinale s'était enga-



Fig. 2. — Application de l'entérotome après perforation de la cloison entéro-rectale.

gée dans une déchirure du cul-de-sac postérieur du vagin, s'y était étranglée et avait été éliminée après gangrène ;

2° Que cette anse devait appartenir à l'S iliaque ;

3° Qu'en résumé il s'agissait, non pas d'une fistule recto-vaginale, mais d'un anus vaginal de l'S iliaque.

Pour amener la guérison, il fallait évidemment commencer par détruire la cloison entéro-rectale, c'est-à dire la cloison formée par l'accolement de la paroi postérieure de l'S iliaque et de la paroi

antérieure du rectum, puis, au besoin, oblitérer la fistule par l'avivement et la suture.

J'imaginai et pratiquai l'opération suivante : avec l'index de la main gauche, introduit par le vagin dans la fistule, je déprimai fortement en bas, jusque dans l'ouverture anale, la cloison entéro-rectale dans laquelle je pratiquai une large boutonnière transversale. J'introduisis dans cette boutonnière à travers le rectum, une des branches de l'entérotome de Dupuytren et je la glissai sur le doigt jusque dans l'intestin ; j'introduisis l'autre branche dans le rectum, et après m'être assuré que la cloison à diviser était seule comprise entre les mors, je serrai la vis (fig. 2).

L'instrument se détacha le septième jour, entraînant un lambeau sphacélé de 8 centim. de longueur environ.

Dès le lendemain, les matières fécales furent en majeure partie expulsées par l'anus (fig. 3).



FIG. 3. — Fistule recto-vaginale, persistant après la chute de l'entérotome.

La fistule vaginale s'oblitéra spontanément trois semaines plus tard.

Les observations du genre de celle que je viens de publier sont très rares. Dans son Traité de gynécologie (1), Pozzi dit cependant qu'on a aussi observé des fistules de l'S iliaque, et il ajoute, au paragraphe Diagnostic, « que si les selles surviennent longtemps après les repas et offrent une consistance solide, un aspect fécal, la perforation siège dans l'S iliaque. ».

(1) P. 947, 1re édition.

Dans le cas présent, il s'agissait manifestement, non pas d'une fistule, ou d'une perforation, mais d'un anus vaginal, donnant issue à la totalité des matières stercorales.

C'était, en plus, un anus anormal sans éperon. Une cloison complète séparait la poche intestinale aboutissant à la fistule, de la cavité du rectum ; l'indication était formelle : il fallait détruire cette cloison. Pour arriver à ce but, Casamayor (1) imagina une pince spéciale, dont un mors fut introduit dans l'intestin, par la fistule, et l'autre dans le rectum. Verneuil (2) a proposé de perforer la cloison entéro-rectale en deux points, distants de 3 centim., de passer des tubes de caoutchouc à travers ces deux orifices ; il réunirait solidement les deux chefs rectaux, de manière à obtenir une anse à deux chefs sortant par le vagin. Il n'y aurait qu'à serrer ces deux fils pour opérer la section.

Chaput (3) propose le procédé suivant : avec une sonde d'homme introduite dans la fistule, déprimer l'intestin et la paroi rectale de façon à faire une saillie dans le rectum. Saisir ce diverticule avec une pince à longs mors introduite dans le rectum, qui ferait office d'entérotome.

L'opération que j'ai pratiquée me paraît moins compliquée, d'une exécution plus facile et plus efficace que ces trois méthodes dont la première, seule, a été mise en pratique. Après la chute de l'entérotome, le cours des matières s'est rétabli aussitôt et la fistule s'est oblitérée rapidement.

---

(1) Pozzi, p. 950.

(2) Pozzi, p. 950.

(3) *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de Duplay et Reclus, t. VI, p. 869.

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

SÉRIE DE CINQUANTE-DEUX CAS CONSÉCUTIFS, SUIVIS DE GUÉRISON OPÉRATOIRE

Par le Dr **Jacobs** (de Bruxelles) (1).

J'ai l'honneur de vous présenter les résultats de cinquante-deux hystérectomies vaginales consécutives, suivies de guérison opératoire. J'ai suivi onze fois la méthode par ligatures progressives, vingt-sept fois la méthode par forcipressure, quatorze fois la méthode par morcellement.

Ces opérations ont été pratiquées dans les cas suivants :

Cancer du col, 22 cas, 8 récidives (après une période de 3 ans), 6 cas non suivis, 8 guérisons.

Cancer du corps, 3 cas, 1 récidive (après 1 an 6 mois), 1 cas non suivi), 1 guérison.

Métrites à hémorrhagies ou endométrites douloureuses, ayant résisté à tout traitement, 6 cas.

Myôme utérin, 4 cas.

Annexites et inflammation pelvienne, 14 cas.

Adénome malin, 1 cas.

Métropéritonite puerpérale, 1 cas.

Hématocèle suppurée, 1 cas.

Depuis plus d'un an j'ai abandonné la méthode par ligatures progressives et n'emploie plus que la forcipressure. Je crois que c'est là la méthode d'avenir, à cause de sa facilité d'exécution, de sa rapidité et des résultats qu'elle donne. J'attribue les résultats que j'ai obtenus au modus faciendi, aussi tiens-je à vous le décrire rapidement.

Après avoir saisi le col avec deux pinces de Museux et placé les valves vaginales, je pratique toujours l'incision de la muqueuse vaginale au moyen du thermocautère. J'opère ainsi très rapidement et j'évite, dans la plupart des cas, les

(1) Communication faite à la *Société belge de Gynécologie*, le 26 juin.

hémorrhagies que donne l'incision au couteau ; je ne place aucune ligature sur cette muqueuse. Je décolle ensuite avec le doigt, la muqueuse aussi haut que possible, et j'ouvre, également avec le doigt, le péritoine des culs de sac antérieur et postérieur. Suivant les indications, je fais alors le basculement de l'utérus, ou bien, plaçant les petites pinces-longuettes de Péan sur les ligaments, alternativement à droite et à gauche, j'extrais la matrice, ordinairement sans hémorrhagie aucune.

Pendant toute l'opération, je me sers du courant continu d'*eau stérilisée*. Aucun antiseptique.

J'ai abandonné complètement les pinces de Richelot et celles que j'ai fait construire dans le même but, pour les petites pinces droites de Péan. Leur emploi est plus facile et assure mieux l'hémostase.

L'utérus enlevé, autant que faire se peut je fais l'ablation des annexes. Je place ensuite le pansement. Dans la méthode par ligatures progressives on a fort discuté s'il fallait ou non refermer le fond du vagin, c'est-à-dire drainer ou non le péritoine. Avec l'emploi de la forcipressure, cette question n'est plus de mise, il faut drainer la cavité péritonéale. A cet effet, je place dans le petit bassin plusieurs bandelettes de gaze à l'iodoforme, qui vont recouvrir l'extrémité des pinces et abriter par le fait les anses intestinales ; elles produiront également quelques adhérences entre les anses inférieures et les empêcheront ainsi de s'engager dans l'ouverture vaginale après que l'on aura enlevé les pinces, ou encore d'être blessées dans les efforts de vomissements post-chloroformiques. Ce pansement remplit aussi un rôle hémostatique. Je maçonne ensuite, avec de la gaze à l'iodoforme, les pinces dans la cavité vaginale, j'entoure leurs extrémités de ouate neutre et place enfin une sonde vésicale à demeure de Pezzer.

Après un temps variant de quarante-huit heures à trois-quatre jours, j'enlève les pinces sans toucher au pansement vaginal. Je n'enlève celui-ci que le lendemain, je le remplace

par une simple bandelette de gaze à l'iodoforme, qui est enlevée le lendemain. La malade, dès lors, se lève et se donne quatre-cinq fois par jour des injections vaginales d'eau simple. Le neuvième ou dixième jour, en général, les eschares tombent, et la guérison est complète le quinzième jour, l'ouverture vaginale cicatrisée.

J'attache à ces détails opératoires et de pansements une grande importance, c'est ce qui m'a engagé à vous les rapporter.

REVUE CLINIQUE

ANOMALIE DE LA MENSTRUATION

Par **Félix Terrier.**

Mme X..., a eu ses règles pour la première fois en mai 1874, à l'âge de 14 ans.

Deuxième apparition des règles, en septembre 1874.

Troisièmes règles, en août 1875. Quatrièmes règles en septembre 1876.

23 mois s'écoulent alors sans aucune apparition de règles. A ce moment, après un traitement hydrothérapique, les règles reparaissent, en août 1878. La malade cesse alors de prendre des douches et ne voit rien paraître jusqu'en novembre 1879.

Le 2 mai 1881, jour de son mariage, elle voit de nouveau apparaître le flux menstruel. Puis, sans qu'aucun écoulement se soit produit, elle devient enceinte en septembre 1881 et accouche en juin 1882.

Pour la huitième fois, les règles viennent en mars 1883; le mois suivant, début d'une grossesse qui se termine normalement en janvier 1884.

Dans le mois qui suit la neuvième apparition des règles, cette dame commence une troisième grossesse, en juin 1885, et accouche à terme en mars 1886.

Une quatrième grosseesse suit la dixième apparition des règles, venues le 10 février 1887. Cette grossesse se termine le 11 décembre 1887. Depuis lors, il n'y a plus eu de grossesse, bien que, à la suite d'un traitement hydrothérapique, les règles soient venues à intervalles plus rapprochés, en janvier 1888, juillet et octobre 1888, janvier et avril 1889, janvier et octobre 1890, avril et juin 1891. Rien n'est apparu depuis cette époque.

L'examen local ne révèle rien d'anormal. A aucun moment, il n'y a eu de flux supplémentaire, et cette dame, à part l'état tout spécial de la menstruation, qui n'a eu lieu que 18 fois en 18 ans, ce qui, du reste, ne l'a pas empêchée d'avoir quatre enfants, présente toutes les apparences de la santé. Pas de signes d'hystérie.

UN CAS DE SYMPHYSÉOTOMIE

Par le professeur **S. Tarnier** (1).

La malade, âgée de 31 ans, est rachitique et ses tibias sont très déformés ; elle est boiteuse depuis son enfance. Son bassin mesure 9 centimètres dans le diamètre promonto-sous-pubien, ce qui me fait évaluer le diamètre sacro-pubien à 7 centimètres 1/2.

A une première grossesse, en 1881, l'accouchement fut terminé, à la Maternité, par une céphalotripsie pratiquée par M. Marchand, chirurgien-adjoint.

A une deuxième grossesse, l'accouchement fut terminé à la Clinique, en 1882, par une céphalotripsie pratiquée par M. Charpentier.

A une troisième grossesse, l'accouchement fut terminé, en 1884, par une céphalotripsie pratiquée par M. Doléris.

A une quatrième grossesse, l'accouchement fut terminé, en 1887, par une basiotripsie pratiquée par M. Pinard

En résumé, il y avait eu quatre accouchements terminés par le broiement de la tête fœtale.

A sa cinquième grossesse, cette femme entra dans mon service le 23 mai dernier, enceinte de huit mois environ. Je décidai que je

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, séance du 28 juin 1892.

provoquerais sans retard l'accouchement prématuré, et que si la tête ne s'engageait pas spontanément dans l'excavation pelvienne, je pratiquerais la symphyséotomie.

Après avoir aseptisé le vagin pendant trois jours, je provoquai, le 26 mai, l'accouchement prématuré, par l'introduction successive de mon ballon et de celui de M. Champetier de Ribes. Le mont de Vénus avait été rasé ; la vulve avait été savonnée et lavée antiseptiquement.

Le 27 mai, à dix heures du matin, la dilatation étant à peu près complète, je retirai le ballon de M. Champetier de Ribes, les membranes furent rompues et après leur rupture, la tête, qui se présentait en O. I. D., n'avait aucune tendance à s'engager. Je ne fis aucune tentative d'extraction fœtale, dans la crainte de nuire à la vie de l'enfant, et je pratiquai la symphyséotomie, qui fut très simple.

J'incisai les parties molles de la partie supérieure du pubis au clitoris, par un seul coup de bistouri ordinaire. Puis, un bistouri boutonné fut placé immédiatement au-dessus de l'interligne articulaire et dirigé d'avant en arrière et de haut en bas. L'index de la main gauche, introduit dans le vagin et recourbé derrière la symphyse pubienne, alla à la rencontre de l'extrémité boutonnée de ce bistouri, pressa sur celle-ci, et cet instrument, ainsi tenu par les deux mains, incisa la symphyse de haut en bas et d'arrière en avant. Après l'incision, je plaçai entre les deux pubis l'écarteur en forme de lyre que M. le Dr Tuffier a fait construire, et les deux branches de cet instrument furent écartées à leur maximum, de sorte que les deux pubis étaient séparés par une distance de 57 millimètres.

Cela fait, la tête ne s'engageant pas, je fis une application de forceps qui fut très simple ; mais le col offrant une certaine résistance, je le débridai d'un coup de ciseaux. L'accouchement put alors être terminé très facilement. L'enfant pesait 2,230 grammes ; son diamètre bipariétal mesurait 9 centimètres.

Les os iliaques furent rapprochés ; cinq points de sutures furent appliqués sur les lèvres de l'incision faite au-devant des pubis, et le bassin fut immobilisé par un bandage en tarlatane et par une bande de caoutchouc, qui furent remplacés, le lendemain, par l'appareil de M. Pinard.

Les suites de l'opération furent très simples. Il n'y eut aucune

suppuration, et jamais la température ne dépassa 37°,8. Les points de suture furent enlevés le quatorzième jour, et la malade se leva le vingt-sixième jour.

Elle est aujourd'hui bien portante, ainsi que vous pouvez le voir; elle marche aussi facilement que par le passé. Son enfant est bien portant et pèse 2,635 grammes.

C'est un succès de plus à enregistrer en faveur de la symphyséotomie.

NOTE SUR UN CAS DE SYMPHYSÉOTOMIE

Par le Dr Robert Müllerheim.

Assistant à la Clinique gynécologique de Strasbourg.

L'auteur méditait les travaux récents de Morisani, de Spinelli et de Pinard sur la symphyséotomie quand l'occasion s'offrit à lui de pratiquer cette opération dans le cas suivant :

La parturiente est une femme de 34 ans qui n'a marché qu'à trois ans et demi et n'offre cependant aucun stigmate de rachitisme.

Son premier accouchement (1887) fut très lent. D'après les renseignements fournis par le médecin l'enfant succomba pendant le travail et par suite de la prolongation de l'accouchement.

Le second accouchement (1889), qui traîna également en longueur, fut terminé par une application de forceps. L'enfant vit et est bien portant.

La grossesse actuelle n'avait présenté aucune complication. Dernières règles en juillet 1891.

Le 23 avril 1892 au soir apparaissent les premières douleurs, D'abord de faible intensité et de courte durée elles allèrent en augmentant chaque jour et le 27 au matin les membranes se rompirent spontanément. Les douleurs s'accrurent encore après cette rupture sans que cependant le médecin pût constater le moindre progrès dans le travail. C'est pourquoi dans la nuit du 29 avril, c'est-à-dire alors que le travail durait déjà depuis près de six jours, le médecin traitant fit transporter la femme à la Clinique gynécologique de Strasbourg (professeur Freund) dans le but de faire pratiquer l'opération césarienne à laquelle la parturiente était résignée.

A son arrivée le matin du 29 avril, après un trajet de cinq heures en voiture, la malade est très épuisée.

Taille petite ; squelette peu développé.

Mensurations du bassin :

Entre les épines iliaques............	24 c. 1/2
» les crêtes iliaques..............	27
» les trochanters.................	31
Conjugué externe....................	18 c. 1/2
Conjugué diagonal ou promonto-sous-pubien........................	10 c.

Le ventre est un peu pendant ; la paroi utérine est assez tendue et se contracte toutes les deux minutes si énergiquement que le palper est rendu difficile. Le fœtus se présente par le sommet en position gauche ; la tête est encore mobile au-dessus du détroit supérieur. Les battements du cœur fœtal sont normaux.

Il y a un certain degré de prolapsus des parois vaginales antérieure et postérieure. L'orifice utérin est dilaté, de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Poche des eaux rompue. Dans l'orifice on sent la tête encore mobile.

Le sacrum est fortement abaissé et le promontoire facilement accessible.

La tête présente une bosse séro-sanguine sur le pariétal droit, qui est accessible dans une plus grande étendue que le gauche. La suture sagittale est transversalement dirigée et voisine du promontoire ; la petite fontanelle à gauche, la grande à droite, mais difficilement accessible.

On est frappé de la dureté anormale des os du crâne, de la petitesse des fontanelles, de l'étroitesse des sutures.

De 8 à 9 heures du matin les douleurs sont fortes et fréquentes. Les battements du cœur restant bons, on décide d'attendre encore dans l'espoir que la tête finira par se réduire et s'accommoder.

Vers onze heures du matin un nouvel examen ne révélant aucun progrès dans le travail malgré des contractions énergiques, l'épuisement de la parturiente augmentant, le segment inférieur menaçant de se rompre (anneau de contraction au niveau de l'ombilic), on se trouve dans l'obligation de terminer cet accouchement qui dure depuis six jours.

La dystocie est due à la disproportion qui existe entre les dimen-

sions du bassin aplati et celles de la tête fœtale dont l'excès de volume et la dureté anormale paraissent devoir être rapportés à la prolongation de la grossesse. La patiente dit avoir dépassé son terme de 3 semaines ; de plus, elle est multipare.

L'indication d'une intervention était formelle et, en raison des travaux récents auxquels l'auteur fait allusion dans l'introduction de sa note, il est décidé qu'on aura recours non pas à l'opération césarienne, mais à la symphyséotomie, qui est pratiquée à midi 1/2 le 29 avril.

Après s'être assuré par des mouvements communiqués au bassin, de la mobilité des articulations pubienne et sacro-iliaques, avoir rasé le mont de Vénus et pratiqué la désinfection habituelle intus et extra, l'opérateur fait une incision prépubienne médiane intéressant la peau jusqu'à quelques centimètres au-dessus du bord supérieur des pubis. Couche par couche il arrive jusqu'au plan osseux en liant les vaisseaux qui saignent moyennement. Un cathéter introduit dans la vessie ayant permis d'en préciser le siège, les parties molles sont décollées du périoste et le cartilage incisé sans difficulté d'arrière en avant, à l'aide d'un bistouri falciforme solide et boutonné.

Les pubis s'écartent de 1 centim. ; on coupe alors la partie supérieure du ligament arqué et l'articulation s'ouvre largement.

L'opérateur, craignant que l'engagement de la tête ne produisît une disjonction trop violente et trop considérable des symphyses sacro-iliaques, enroule autour du bassin, aussitôt après l'incision du fibro-cartilage, une bande d'Esmarch, depuis les crêtes iliaques jusqu'aux trochanters. Cette bande est destinée à prévenir un écartement brusque.

Avant d'appliquer cette bande on ferme la plaie cutanée par quelques sutures et on la protège avec de la gaze au thymol. Après l'application de la bande la suture de la plaie est parachevée avec de la soie.

Au bout de quelques minutes, la tête s'engagea dans le petit bassin, puis elle s'abaissa lentement à chaque douleur, comme dans un accouchement normal. A ce moment, comme la lèvre antérieure du col, refoulée par la tête, apparaissait à la vulve, on la repoussa avec la main gauche, pendant que deux doigts de la main droite opéraient la manœuvre de Ritgen, rendue nécessaire par l'affaiblissement des bruits du cœur. La tête se dégagea obli-

quement, la rotation étant restée incomplète. La face tourna à droite et l'épaule droite se dégagea la première.

L'opération (jusqu'à la terminaison de l'accouchement) avait duré à peine quinze minutes.

Délivrance spontanée un quart d'heure après. L'utérus se rétracte énergiquement. On applique un bandage ouaté, fait de fortes bandes, et par-dessus on replace la bande de caoutchouc.

Les surfaces articulaires de la symphyse sont étroitement réappliquées.

L'enfant (garçon), né en état de mort apparente, mais rapidement ranimé par les moyens ordinaires, pèse 4000 grammes et mesure 51 centim. Il y a une grosse bosse sanguine sur le pariétal droit. L'ossification est très avancée et les fontanelles très petites. Sur le pariétal gauche, au voisinage de la suture sagittale, on voit une eschare de la largeur d'une pièce de dix sous.

Diamètres de la tête :

Bi-temporal	10
Bi-pariétal	11
Occipito-frontal	12
Occipito-mentonnier	14
S. B.	10
Circonférence	37

L'opérée sortie de la narcose n'accuse aucune douleur. L'urine retirée par le cathétérisme est un peu sanguinolente. Une heure après l'opération, la grande lèvre droite est très enflée et sa peau bleuit. Sur la symphyse et la région supra-pubienne, on place une vessie de glace. Les jambes sont maintenues rapprochées par une cravate.

Trois heures après l'opération, la patiente se plaignant d'être incommodée par la bande d'Esmarch, celle-ci est enlevée. A la place du caoutchouc on applique étroitement autour des hanches une serviette.

Le 30. L'opérée a dormi avec quelques interruptions. L'hématome de la grande lèvre droite a augmenté. Le voisinage des articulations sacro-iliaques est spontanément sensible et très douloureux à une pression moyenne sur le sacrum. Les fonctions sont normales. L'opérée allaite son enfant.

L'après-midi la serviette qui réunissait étroitement les cuisses au-dessus des genoux est enlevée. Les jambes de l'opérée sont

« comme paralysées » dans la rotation en dehors. Elle ne peut les remuer et se plaint de douleurs au voisinage des symphyses sacro-iliaques. Quand deux filles de service la soulèvent, la défécation, la miction et les toilettes se font sans douleurs.

2 mai. Le gonflement de la grande lèvre droite est moindre. Il n'y a plus aucune douleur dans le voisinage des articulations sacro-iliaques; à la symphyse pubienne « un peu de brûlure ».

Le 4. 1er pansement. Les bords de la plaie sont sans irritation, bien affrontés. Toutes les fonctions sont normales.

Le 8. L'opérée montre qu'elle peut bien remuer et plier les jambes sans éprouver la plus légère douleur.

Le 9. Enlèvement des sutures de soie. La plaie est cicatrisée par première intention, sauf au niveau du trajet de suture le plus élevé qui laisse suinter un peu de pus.

Le 11 (14e jour). L'opérée se trouve si bien qu'elle pourrait « se tenir debout parfaitement ».

Le 12. La pression sur la symphyse ne donne pas la plus légère sensation d'écartement et ne détermine aucune douleur.

Du côté de la grande lèvre droite, le gonflement est de nouveau un peu plus considérable que dans les derniers jours. La nuit l'enfant est très agité; aussi l'accouchée, malgré les recommandations qu'on lui fait, se penche vers le berceau pour prendre l'enfant.

Le 13 (16e jour). Douleurs le matin au voisinage de la symphyse. A midi, 38°,5. C'est la première fois que la température s'élève depuis l'opération.

La grande lèvre droite et son voisinage présentent de l'œdème et de la sensibilité à la pression. Écoulement vaginal abondant, fétide, jaune.

Soir, 39°,7. L'œdème s'étend aux 2 grandes lèvres. Écoulement de mauvaise odeur. Injection de créoline.

Le 14, matin, 38°,2. Douleurs dans la grande lèvre droite et le pli inguinal droit.

Midi, 39°. Écoulement fétide. Injection à la créoline.

Soir, 38°,9.

Le 15, matin, 37°,3. Du vagin sort abondamment un liquide purulent. Sur la paroi vaginale antérieure, en arrière de la branche horizontale droite du pubis, on sent une dépression du volume d'un pois qui est considérée comme le lieu d'ouverture de l'hématome de la grande lèvre droite.

Midi, 37°,5. Soir, 38°,9.

Le 16. L'œdème est moindre, l'écoulement a diminué. Il n'y a plus de fièvre. Les jambes sont de nouveau remuées sans douleurs, etc. La malade se soulève seule pour la défécation et l miction.

Le 17. L'œdème de la grande lèvre droite est en grande partie disparu. Les fonctions de l'accouchée sont normales.

Le 19 (21e jour). L'opérée est sortie de son lit avec une ceinture de cuir ; elle peut se tenir debout seule.

Le 21. L'opérée est tout à fait solide ; elle fait quelques pas sans soutien et reste assise 10 minutes sans la moindre fatigue.

Le 23. Après l'application d'un bandage de corps élastique autour du bassin l'opérée reste plusieurs heures hors du lit et va et vient dans la chambre. Sa marche est assez sûre.

Le 24. Une tentative de monter les escaliers ne réussit que médiocrement. Aujourd'hui l'opérée est restée 4 à 5 heures hors du lit ; elle est restée assise puis a marché portant son gros enfant de 9 livres.

Le 26 (29e jour). La femme reste toute la journée hors du lit ; elle a seule descendu et monté les escaliers qui conduisent au jardin en portant son enfant. Le soir, douleurs sacrées ; état général arfait.

Le 27. L'opérée, considérée comme guérie, est présentée par le professeur Freund à la Société des sciences naturelles et médicales de Strasbourg.

Le 29. Quitte la clinique. A l'examen de sortie on peut sentir sur la symphyse un cordon de plusieurs millimètres de large qui est uni à la peau et paraît être un épaississement périostique. Au niveau de la symphyse on sent un léger écartement.

Par l'écartement des membres inférieurs dans le décubitus et par le transport du tronc d'une hanche à l'autre dans la station debout on perçoit une légère mobilité dans les articulations pubiennes et sacro-iliaques. Le fonctionnement de la vessie est normal. La marche est sûre.

Il existe un prolapsus assez prononcé de la paroi vaginale antérieure et postérieure, mais ce prolapsus a été noté avant l'opération lors de l'entrée à la clinique.

Les parties génitales sont bien revenues. A la place de l'hématome dans la grande lèvre droite on sent un épaississement.

L'endroit par où le pus s'est fait jour dans le vagin est fermé.

L'enfant s'élève bien. La peau du crâne est tombée là où existait l'eschare ; il y a en ce point une plaie recouverte de granulations.

La femme est revenue à la clinique, il y a quelques jours ; elle présentait l'apparence d'une personne tout à fait bien portante. D'après son dire, elle a pu reprendre tous ses travaux de ménage, même les plus pénibles.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances du 19 *juillet et du* 21 *juillet.*

Femme ayant subi la symphyséotomie.

PORAK. — Femme primipare, rachitique avec déformations caractéristiques du squelette. Diamètre promonto-sous-pubien, 9 centim. 6; diamètre utile, 8 centim. environ. Travail datant de 18 heures ; dilatation complète, poche des eaux rompue, tête en O. I. D. P., mobile au-dessus du détroit supérieur, *enfant vivant*. Application de forceps infructueuse ; symphyséotomie, après laquelle nouvelle application de forceps qui permit d'extraire très facilement un enfant vivant du poids de 2600 grammes. Suites de couches des plus simples ; la femme peut marcher sans la moindre douleur dès le 20e jour.

Ovariotomie double chez une femme enceinte, continuation de la grossesse. Accouchement à terme d'un enfant vivant.

POLAILLON. — L'opération fut pratiquée à environ 3 mois 1/2 de grossesse. Il s'agissait d'une femme de 29 ans, blanchisseuse, qui, six années auparavant, avait déjà constaté que son ventre augmentait rapidement de volume. Menstruation irrégulière, jamais de grossesse, jamais de fausse couche. 5 mois environ avant l'entrée à l'hôpital, suppression des règles ; quelques jours avant son admission, douleurs violentes dans le ventre qui, en ville, firent penser à une péritonite. Amaigrissement considérable, douleurs incessantes, vomissements, fièvre. A l'hôpital, on constata facilement l'existence d'un kyste de l'ovaire qui dépassait

l'ombilic de 3 à 4 travers de doigt, et, de plus, par le toucher, l'existence d'une tumeur, de la grosseur d'une orange, située dans la concavité du sacrum. Le col de l'utérus parut œdématié, mou, d'où le diagnostic : *possibilité d'une grossesse compliquant un kyste de l'ovaire.* — *Laparotomie* : à gauche, le kyste et l'ovaire gauches, celui-ci étant dégénéré et gros comme un rein, avaient un pédicule lamelliforme, qui fut lié en deux faisceaux par un fil de soie plate ; après quoi, kyste et ovaire furent enlevés. A droite, la trompe qu'on avait dû libérer d'adhérences qu'elle avait contractées avec la tumeur, et l'ovaire, qui était gros comme un œuf de poule, bosselé, kystique, furent également enlevés après décollement de nombreuses adhérences avec l'épiploon, l'intestin, décollement qui donna lieu à d'abondantes hémorrhagies en nappe. *Suites opératoires excellentes*, c'est à peine si la température s'éleva à 38° le lendemain de l'opération. 5 mois 1/2 après, l'opérée mettait naturellement au monde une fille à terme et bien constituée. Délivrance normale.

Discussion. — Péan exprime sa surprise que la femme ait perdu beaucoup de sang au cours de l'opération. Il lui semble que l'hémorrhagie peut être considérablement réprimée, quand on a la précaution de ne sectionner les adhérences qu'entre deux pinces placées préventivement. — Polaillon répond qu'il a utilisé le pincement préventif, mais que le procédé s'est montré insuffisant contre un écoulement sanguin qui se faisait en nappe. Il a alors cherché à obtenir l'hémostase par la compression, au moyen d'éponges phéniquées, ce qui a réussi. D'autre part, il ne faut pas oublier qu'à cause même de la grossesse, les vaisseaux des trompes et de tous les organes placés dans le voisinage étaient considérablement dilatés. R. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Kystes dermoïdes de l'ovaire.

M. Répin présente *deux kystes dermoïdes.* Sur la paroi interne de l'un d'eux, constituée par une couche cutanée dépourvue de papilles, on voit un gros bourgeon. Celui-ci, du volume d'une noix, est recouvert d'une peau épaisse, rugueuse, hérissée de longues papilles acuminées et de poils réunis en faisceau. Sur une coupe

on voit de petites cavités remplies de mastic, des noyaux osseux et cartilagineux. Sur la paroi interne de l'autre kyste se trouve une protubérance beaucoup plus volumineuse et remarquable par la présence de quatre appendices inégalement développés et d'une extrémité renflée portant des dents. En disséquant cette production, on trouve sous une épaisse couche de tissu adipeux, une charpente osseuse dans laquelle il est impossible de méconnaître un squelette en miniature. Ce squelette, bien que très rudimentaire,



FIG. 1. — Squelette. Grandeur naturelle.

comprend quatre membres dont les extrémités terminales surtout étaient si reconnaissables que l'on pouvait aisément compter les phalanges des orteils et les os du tarse du pied droit, ainsi que les phalanges de la main droite. Il n'y avait aucune trace de viscères thoraciques, ni abdominaux, mais seulement une glande salivaire du volume d'une noisette annexée au massif osseux qui portait les dents. Le système nerveux n'était représenté que par deux cordons suivant le trajet des sciatiques. Enfin, dans le même kyste

existait sur la paroi interne, mais en dehors de l'embryon, une anse intestinale du calibre d'une plume d'oie.

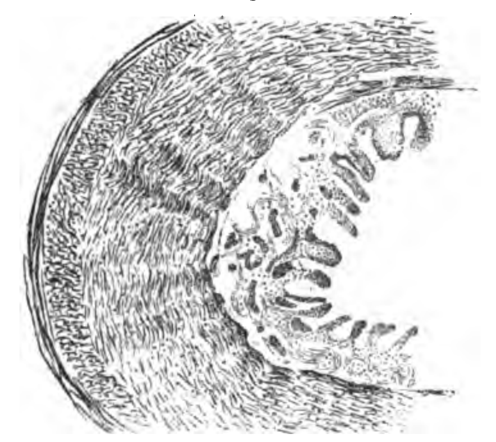


Fig. 2. — Coupe de l'intestin.

Rapprochant ce cas, où l'on trouve une ébauche d'embryon nettement individualisé, de la série des autres faits où l'on n'a que des vestiges squelettiques moins aisément reconnaissables, de ceux où l'on ne trouve que des pièces osseuses informes, enfin des productions tératoïdes analogues à celles du premier kyste, Répin arrive à cette conclusion que tous les kystes dermoïdes de l'ovaire, du plus simple au plus complexe, ont la même signification et que chacun d'eux représente l'ébauche d'un embryon. La physionomie clinique des dermoïdes de l'ovaire, leur bilatéralité fréquente les éloigne de l'inclusion fœtale. Dans l'inclusion abdominale il s'agit de deux jumeaux univitellins; l'allantoïde de l'embryon, en retard sur l'autre, pénètre dans la cavité abdominale de ce dernier et y contracte avec l'intestin des adhérences vasculaires. C'est un monstre acardiaque et toujours le kyste fœtal parasitaire est en rapport avec l'intestin de l'autosite (Dareste). Rien, dans l'étude des kystes parasitaires, ne permet donc de songer à une inclusion ovarienne pour expliquer les kystes dermoïdes de l'ovaire. Ceux-ci s'expliquent, au contraire, très bien par le développement parthénogénétique de l'ovule, comme l'avait déjà énoncé Mathias Duval. La segmentation, sans fécondation préalable, des ovules d'oiseaux, de mammifères, même de l'homme (Morel) est un fait aujourd'hui démontré. A l'appui de la théorie parthénogénétique des kystes

dermoïdes de l'ovaire vient encore ce fait que, dans certains kystes dermoïdes, au début, on a constaté que le bourgeonnement commençait par une petite saillie occupant, dans le follicule de Graaf, exactement la place où se trouve l'ovule avant l'imprégnation (Steinlin, Lee).

Dans un cas présenté par M. Tison, la *rupture d'un kyste dermoïde* pendant l'accouchement a été suivie d'une péritonite mortelle. On ne peut toutefois rien conclure de ce fait, dit M. A. Broca, la malade pouvant fort bien avoir succombé à une péritonite puerpérale ayant pris sa source dans l'utérus, sans qu'on soit en droit d'invoquer la septicité du liquide du kyste.

M. Malherbe montre un *kyste dermoïde huileux de l'ovaire.* La tumeur nettement fluctuante contenait une masse fondant dans l'étuve à 36°.

Fibrome du ligament large.

M. Gouget montre un fibrome utérin inclus dans le ligament large droit, comprimant l'uretère et causant une *hydronéphrose* avec néphrite interstitielle atrophique (1).

Torsion du pédicule dans un cas de salpingite.

M. Pierre Delbet montre une salpingite dont le pédicule s'était tordu et qui avait été le point de départ d'accidents aigus ayant simulé une occlusion intestinale. Au premier moment, après ouverture du ventre, la tumeur avait fait croire à l'existence d'une anse d'intestin volvulée. A ce propos, M. Delbet fait remarquer que si la torsion des pédicules de l'ovaire est connue, celle des salpingites, dont le pédicule est généralement large, est jusqu'ici ignorée (2).

Polypes glandulaires de l'utérus.

M. Cornil montre des coupes établissant qu'il existe deux variétés de polypes glandulaires :

(1) Nous avons, à diverses reprises, observé des lésions rénales à la suite de l'enclavement de tumeurs dans les ligaments larges. (H. H.).

(2) A notre connaissance, il existe au moins un cas de torsion nette du pédicule d'une hydro-salpingite. Il est figuré et relaté dans Bland Sutton, *Surgic. dis. of the ovaries*, London, 1891, p. 257. Dans ce cas le pédicule était tordu de 3 tours et demi. (H. H.)

La première, où l'on trouve des glandes dilatées sous forme d'œufs de Naboth (voir la fig.).



La seconde, où il s'agit de masses pleines et solides. Dans celle-ci, les glandes ne sont pas dilatées. Elles présentent une couche unique d'épithélium cylindrique qui se répète sur toute la hauteur de la glande. On y trouve une organisation plus fibreuse que dans la variété précédente De plus, ce tissu fibreux est œdématié, myxomateux.

C'est à cette dernière variété que se rattache un cas d'**hypertrophie polypoïde du col** chez une enfant de 14 ans, cas présenté par MM. Jalaguier et Achard.

Sarcome de l'ovaire.

M. Maurice Bureau présente un sarcome de l'ovaire ; la mort était survenue brusquement le lendemain d'une ponction d'ascite par embolie pulmonaire. Il croit que la ponction a favorisé la coagulation veineuse, ce que conteste M. Cornil (1).

Éclampsie. Lésions du foie et des reins.

MM. Pilliet et Delansorme présentent des pièces établissant l'existence dans le foie de lésions déjà décrites par l'un d'eux (nécrose parenchymateuse avec hémorrhagie) (2). Les lésions rénales portaient surtout sur les branches descendantes des pyramides de Ferrein ; on rencontrait là, de même que sur la partie inférieure des tubes contournés, des groupements de tubes dans lesquels les cellules ne se coloraient absolument plus, n'avaient de contours distincts et remplissaient la lumière du tube d'une masse granuleuse indifférente. H. H.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE
(26 juin 1892).

Polype fibreux de la corne utérine. Hystérectomie vaginale.

M. Cittadini présente un utérus qu'il a dû enlever pour des métrorrhagies profuses, rebelles au curettage et à la dilatation, entretenues par un petit fibrome pédiculé de la corne utérine. L'échec des traitements antérieurs avait fait croire à une dégénérescence maligne.

---

(1) Nous avons, dans deux cas, vu de même la mort par embolie pulmonaire suivre à bref délai la ponction d'une ascite consécutive à une tumeur du petit bassin, et nous établissons de même un lien entre la ponction et l'embolie. Nous pensons qu'il s'agit non d'une coagulation déterminée par l'évacuation de l'ascite, mais du détachement de caillots antérieurement formés à la suite des changements de tension vasculaire abdominale et des mouvements imprimés aux organes intra-abdominaux. (H. H.)

(2) Voir Lauradour. Th. de Paris, 1890, et Bouffe. Th. 1891.

Myôme sous-muqueux gangrené.

M. Jacobs, chez une femme porteuse d'une tumeur abdominale et très anémiée, fit le curettage de la cavité utérine pleine de débris putréfiés. Mais il lui fut impossible de détacher quantité de débris solides, incrustés dans les parois et sur lesquels la curette en passant donnait la sensation de portions osseuses ou cartilagineuses. En fin de compte il fit le tamponnement iodoformé de la cavité et craignant l'absorption de matériaux septiques, l'hystérectomie abdominale avec fixation externe du pédicule.

Suppurations tubo-péritonéales et tubo-ovariques.

M. L. Desguin montre : 1° une pyosalpingite à pavillon ouvert communiquant avec une cavité intra-péritonéale enkystée ; 2° une pyosalpingite communiquant avec un kyste ovarique du volume d'une noix.

Grossesse et myômes utérins.

M. Lauwers : Dans deux cas, hystérectomie abdominale avec pédicule externe, 2 guérisons. Chez une 3e femme en travail à 7 mois 1/2, la mort survint par syncope avant l'opération. L'autopsie montra que celle-ci eût été facile. Une 4e malade hystérectomiée guérit malgré une 2e laparotomie nécessitée par une occlusion intestinale par coudure d'une anse adhérente au pédicule.

Lauwers conclut : En présence d'un myôme compliquant une grossesse, attendre, sauf à intervenir s'il survient des phénomènes de compression, des hémorrhagies ou d'autres accidents. Dans ce cas, intervenir chirurgicalement, rejetant l'avortement médical qui, dans la grossesse compliquée de myômes, expose à de graves hémorrhagies et qui, de plus, est irrationnel car il consiste à enlever à la femme le fœtus, qu'on devrait lui laisser, et à lui laisser la tumeur qu'on devrait lui enlever.

M. Rouffart présente un **fibro-myôme de 22 livres développé dans le ligament large** ; plusieurs pièces de *salpingites*, dont une suppurée est intéressante par le développement de la masse fongueuse qui la remplit.

Dans un prochain numéro, nous analyserons les communications sur les **indications de l'accouchement prématuré, l'opération césarienne et l'embryotomie**, la discussion n'étant pas encore close.

H. H.

REVUE ANALYTIQUE

FIBROMES UTÉRINS

Sur le développement simultané des fibro-myômes et du cancer de l'utérus. (Ueber das gleichzeitige Auftreten von Fibromyom und Carcinom am Uterus), SCHRAMM. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 12, p. 235.

Bien qu'un certain nombre d'auteurs (Simpson, Winckel, Gusserow, Löhlein, etc.) aient signalé comme fréquente l'association des myômes utérins et du cancer, les observations de ce genre restent fort rares. Si l'on songe à la prédilection en quelque sorte des fibro-myômes pour le fond de l'utérus, on serait conduit à admettre la fréquence du cancer dans cette région. Or, il n'en est rien. D'autre part, le cancer frappe surtout le col qui est la région la moins envahie par les myômes. Quant à l'opinion qu'un myôme peut se transformer en cancer, elle a été rejetée avec raison, tandis qu'on admet la dégénérescence sarcomateuse. Quand un cancer se développe dans le voisinage d'un myôme, on peut néanmoins le considérer comme une conséquence de celui-ci. Une hyperhémie prolongée, phénomène habituel dans les cas de myôme, favorise en effet des bourgeonnements muqueux et glandulaires qui prédisposent à l'éclosion du cancer. Il est clair toutefois qu'entre un myôme du fond de l'utérus et un cancer du col il n'existe aucun rapport étiologique, il y a coïncidence simplement.

Schramm a enlevé, par hystérectomie vaginale, un utérus sur lequel se constatait cette association d'un myôme et d'un cancer. Au niveau du fond de l'organe existait un fibrome, épais, sphérique, gros comme une bille de billard, séparé seulement de la muqueuse de la cavité utérine, par une couche de tissu normal, épaisse d'environ 1 millim. La paroi interne de la cavité utérine était partout tapissée par une masse néoplasique, blanchâtre, villeuse, molle. Cette masse néoplasique était séparée du myôme par une épaisseur d'éléments musculaires conservés de 1 millim. L'examen microscopique permit de constater qu'il s'agissait d'un carcinome papillaire à cellules cylindriques.

La pièce provenait d'une femme non mariée âgée de 61 ans, qui, jusque dans les dernières années, avait été bien portante. Réguliè-

rement menstruée jusqu'à 54 ans où la ménopause s'établit, elle fut sujette à partir de la soixantaine, à des hémorrhagies génitales irrégulières, et à des douleurs abdominales. A l'exploration, l'utérus n'a point augmenté de volume et l'examen microscopique des fragments de muqueuse obtenus par curettage confirma le diagnostic clinique de cancer. R. L.

De la dégénérescence carcinomateuse primitive des fibro-myômes de l'utérus (Die primäre carcinomatöse Degeneration der Fibromyome des Uterus), EHRENDOFER. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 27, p. 513.

Il s'agit là d'un processus peu connu, aussi l'auteur en reprend-il l'histoire, et fait-il un examen critique des cas analogues publiés jusqu'ici. Il relate ensuite un cas, non douteux, qu'il a observé lui-même : fibro-myôme relativement volumineux, pourvu d'un pédicule assez fin, issu d'une des lèvres de l'orifice externe, et présentant sur une grande étendue de sa surface des bourgeons, dépressibles à une pression légère et se prolongeant à 2 centimètres environ dans la tumeur. L'examen microscopique démontre qu'on se trouvait en présence d'une tumeur mixte, fibro-myôme et carcinome à épithélium pavimenteux développé de la surface vers les parties profondes. En raison de l'absence de toute altération appréciable au niveau de la portion, aussi bien que dans le restant de l'utérus, et de la dégénérescence très avancée au niveau de la tumeur, l'auteur se trouve autorisé à conclure qu'il s'agissait d'une *dégénérescence cancéreuse primitive, isolée.* Suit la description microscopique détaillée de la pièce pathologique. R. L.

De la présence simultanée des fibro-myômes et du carcinome utérins. (Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Myofibrom und Carcinom in der Gebarmütter), EHRENDOFER. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, n° XLII, Hft 2, 255.

Le sujet étudié par l'auteur a une portée pratique très réelle. Car du plus ou moins de fréquence de l'association dont il s'agit, découlent évidemment des indications importantes. Ehrendofer relate 4 observations intéressantes, et formule les conclusions suivantes :

1) La présence simultanée des fibro-myômes et du cancer de la matrice est plus fréquente qu'on ne l'a dit jusqu'à ce jour ; clinique-

ment, cette association mérite donc plus d'attention qu'on ne lui en a accordé.

2) Dans toute extirpation de fibro-myômes (hystéro-myomectomie), il faut, avant de procéder au traitement du pédicule et immédiatement après l'ablation de la tumeur, rechercher soigneusement si le corps utérin ne renferme pas des éléments cancéreux.

Quelques incisions profondes intéressant la paroi altérée de la matrice et ouvrant la cavité utérine permettront, en général, de reconnaître, même à l'œil nu, une dégénérescence maligne tant soit peu avancée.

3) Quand il y a coexistence de fibro-myôme et de cancer de la matrice, ou qu'on a des raisons de suspecter le cancer, il faut renoncer à constituer un pédicule ; ce qui s'impose, c'est l'extirpation totale de la matrice, conduite d'ailleurs généralement adoptée dans les cas de coexistence de cancer du col.

4) Il n'est aucune sorte de traitement du pédicule qui puisse, dans les cas de dégénérescence cancéreuse de la muqueuse du corps, même après curettage et cautérisation à fond de la cavité du moignon, mettre à l'abri d'une récidive ; or, la récidive, d'une manière générale, exclut tout espoir de guérison.

5) Quand, en même temps qu'il existe des fibro-myômes de l'utérus, il se fait un écoulement abondant séreux, muqueux ou louche, ou qu'il se produit des hémorrhagies violentes accompagnées de douleurs intolérables, comme expulsives, surtout si ces accidents se manifestent à l'époque de la ménopause, vers la cinquantaine, ils doivent faire soupçonner la coexistence d'une dégénérescence maligne de la muqueuse utérine. Et, en semblables conditions, il importe de peu conseiller un traitement symptomatique, et de se décider résolument au traitement chirurgical.

6) Il ne serait pas sans intérêt, en se basant sur des faits nombreux, de tâcher de déterminer si le cancer de l'utérus se montre plus fréquemment associé à des fibro-myômes, qu'isolément.

R. L.

Des modifications de la muqueuse utérine dans les cas de carcinome de la portion vaginale. J. Ellischer. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1 p. 15.

D'examens miscroscopiques de la muqueuse utérine pratiqués dans 8 cas de cancer de la portion vaginale, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

1) Lorsqu'il y a cancer de la portion vaginale, la muqueuse du corps subit des altérations qui sont la conséquence de métastases ou le produit de processus inflammatoires chroniques.

2) La dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse (circonscrite ou diffuse), en dépit de la diversité des cas observés, n'a jamais été constatée.

3) Les altérations de la muqueuse peuvent, par leurs caractères propres, servir au diagnostic basé sur l'examen de fragments, et justifier l'extirpation totale, aussi précoce que possible, de la matrice.

R. L.

De la genèse des tumeurs fibro-cystiques. (Zur genese der fibrocystischen Geschwülste), FRIEDRICH UTER. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 28, p. 541.

L'auteur cite un cas de dégénérescence kystique d'un fibromyôme de l'utérus, par un mécanisme encore non décrit. Tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant et à peu près sphérique. Sa surface était en totalité recouverte par le péritoine, fortement injecté dans la partie antéro-supérieure ; elle présentait aussi des traces d'adhérences. Une coupe ayant été faite suivant le centre de la tumeur, on constata un espace kystique, ayant les dimensions d'une cerise, et qui était en partie rempli par un fragment de tissu rattaché à la paroi par une sorte de pédicule ; le reste de la cavité était occupé par une matière en bouillie, d'un aspect gris sale. Le fragment de tissu pédiculé était d'une consistance plus molle que celle de la masse générale de la tumeur. La face interne de la vacuole était irrégulière, bosselée. On voyait, en outre, sur cette pièce des points nombreux et circonscrits qui tranchaient par leur coloration rouge accusée sur les régions voisines.

Examen microscopique.— Pour la plus grande part, la tumeur est composée de tissu musculaire et de tissu connectif, celui-ci peu abondant. En beaucoup de points, les éléments constituants ont subi des modifications régressives. En effet, au lieu de faisceaux musculaires on aperçoit des tractus connectifs disposés en longues bandes, au milieu desquels apparaissent des cellules fusiformes, pourvues de noyaux longs et ovales. Les parties intermédiaires aux faisceaux ont une coloration rouge très nette, mais sans tissu figuré. Plus en dehors, se trouve une zone de tissu nécrosé, au sein duquel apparaissent des espaces cellulaires volumineux, sembla-

bles à des vacuoles, et contenant un ou plusieurs noyaux, lesquels sont pour la plupart situés à la périphérie. Sur d'autres points, on découvre au centre de semblables foyers de nécrose une apparence de tissu, avec dégénérescence granuleuse du protoplasma des cellules, tandis qu'à la périphérie on retrouve les altérations précédentes.

Vers le centre de la tumeur, le tissu est manifestement composé de faisceaux musculaires et connectifs, mais faiblement colorés en comparaison de la coloration des autres régions. Sur des coupes intéressant la paroi de la cavité centrale et le fragment de tissu qui y était logé, on constate les mêmes modifications.

En résumé, *il s'est agi d'une formation kystique au sein d'un fibrome, par nécrose de la tumeur. Le processus nécrotique doit être lui-même attribué aux troubles de nutrition consécucutifs à la gêne circulatoire résultant de l'enclavement de la tumeur dans le petit bassin.* R. L.

Contribution à la discussion sur le traitement rétro-péritonéal du pédicule, selon la méthode de Chrobak, dans les opérations de myômes par voie abdominale. (Ein Beitrag zur Discussion über die retroperitoneale Stielversorgung nach Chrobak bei den abdominalen Myomoperationen), V. JOHANNOVSKY. *Arch. f. Gyn.*, 1892, nº XLII, Hft II, p. 353.

Le procédé opératoire de Chrobak est surtout destiné à empêcher l'infection du péritoine par le moignon utérin.

La particularité capitale de ce procédé consiste, comme on le sait, dans la *dissection de deux lambeaux séreux, inégaux. Inégaux, pour qu'une fois suturés, la ligne de suture se trouve notablement en deçà ou en delà de la plaie cervicale.* De plus, comme le fait remarquer Johannovsky, les lambeaux n'étant pas unis au col, ne faisant pas partie intégrante du moignon (ce qui est une innovation réelle), les chances d'infection sont plus sûrement écartées. Quant au drainage que Chrobak considère comme facultatif, ou plutôt comme utilisable suivant l'appréciation du chirurgien, l'auteur estime qu'il importe de l'appliquer dans tous les cas. Chrobak a fait, suivant ce procédé, 17 hystérectomies sans un seul cas de mort, ce qui est un résultat fort encourageant. De son côté, l'auteur relate cinq opérations (2 opérations pour myômes, et 3 opérations césariennes suivant la méthode de Porro), dans

lesquelles il a traité le pédicule à la manière de Chrobak. Or, les 5 opérées ont guéri dans un temps relativement court (trois semaines) ; les suites opératoires ont été très satisfaisantes, en certains cas absolument apyrétiques, et tous les autres avec quelques élévations légères (au plus 38°,6) et passagères de la température. En somme, l'auteur fait un chaud plaidoyer en faveur de la méthode.

R. L.

Traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale. (The treatment of the pedicle in abdominal hysterectomy) par Fr. H. Martin, de Chicago. *Amer. Journ. of Obst.*, juin 1892, p. 715.

Après l'examen des méthodes connues, Martin adopte celle de Eastman, qui lie les ligaments larges, les annexes y comprises, ouvre le vagin en arrière, attache les bords de la plaie vaginale avec de longs fils qui servent ensuite à les attirer dans le canal et retranche progressivement le col et le moignon. Il suture le péritoine sur le pédicule retourné, ferme la plaie du ventre et panse la plaie vaginale comme celle de l'hystérectomie vaginale. Si la masse de la tumeur est gênante, on peut l'enlever avant d'ouvrir le vagin, et placer une ligature élastique d'attente.

Cette méthode n'a pas, comme on le croit, l'inconvénient d'exposer l'opérée à une hernie vaginale. Cet accident est très rare.

A. C.

Contribution à l'histoire des opérations pour myômes. (Zur Kasuistik der Myomoperationen), Ascher. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XX, Hft 2, p. 307, et *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 10, p. 200.

Ce travail repose sur 28 opérations ; la castration seule n'était pas possible dans ces cas et le traitement électrique était resté inefficace. L'auteur pose comme indications à l'intervention : la disposition à l'expulsion par les voies naturelles, l'accroissement rapide de la tumeur chez des sujets jeunes, la coexistence d'altérations malignes de la muqueuse et la dégénérescence maligne de la tumeur elle-même. Dans 10 cas, les myômes furent énucléés et la perte de substance réunie au moyen de sutures à points séparés, à la soie, et en étages ; le péritoine fut suturé au-dessus avec du catgut ; 1 cas de mort après une opération pratiquée durant les suites de couches, par hémorrhagie secondaire. Dans 15 cas, amputation supra-vaginale, 10 fois avec traitement intra-péritonéal et 5 fois avec traitement extra-péritonéal. Sur les 10 cas de la pre-

mière série, 4 morts : 3 par hémorrhagie secondaire ou septicémie consécutive, 1 par embolie pulmonaire ; sur les 5 de la seconde série, 2 morts : par septicémie ou intoxication iodoformée. Dans l'un des cas suivis de guérison, la plaie abdominale céda au 8e jour (la suture avait été enlevée le 7e) après l'administration d'un laxatif et apparition de météorisme abdominal. La plaie fut de nouveau refermée. Peu après, production d'une fistule intestinale avec écoulement, à travers l'utérus et le col, de matières stercorales. La fistule guérit spontanément au bout de quelques jours. Dans les trois autres observations, il s'agissait de tumeurs malignes : *a*) 2 cysto-myômes dégénérés ; *b*), 1 enchondro-myôme en voie d'ossification ; ils se terminèrent par la mort. R. L.

Du traitement intra-péritonéal du pédicule après la myotomie. (Ueber intra-peritoneale Stielversorgung nach Myotomie), FRITSCH. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 18, p. 361 (1).

Au point de vue de la gynécologie opératoire, le temps où nous vivons est plein d'intérêt. Dans les cas chirurgicaux comment opère-t-on, chacun le sait : le mode d'intervention, dans tous les pays du monde, est à peu près le même. Mais chaque gynécologue a sa méthode à lui, et pas une fois les indications ne sont formellement établies. Certes, on peut admettre que dans 100 ans, nos opérations seront parfaitement réglées, mais, pour l'instant, il n'en est rien. Aussi, ai-je pris pour principe de faire toutes les opérations, car ce n'est qu'après avoir répété un acte opératoire qu'on est à même de l'apprécier. Lorsqu'il arrive que d'autres opérateurs obtiennent des résultats plus favorables, sans doute la différence peut dépendre soit du hasard, soit d'une habileté plus grande, mais il n'est pas impossible qu'elle tienne aussi à la méthode suivie. Pour cette raison, j'ai abandonné des procédés qui m'avaient donné de mauvais résultats pour en adopter de différents qui en avaient donné de favorables à d'autres chirurgiens. Me guidant d'après ce principe, j'avais abandonné le traitement intra-péritonéal du pédicule et adopté le traitement extra-péritonéal, et de 25 0/0 le chiffre de la mortalité était tombé à 8 0/0. Malgré tout, ce dernier procédé me causait toujours de la répugnance. Dans mon ancienne clinique, où je disposais de peu de place, j'étais dans la nécessité de renvoyer les opérées au bout de peu de temps. Or, de

(1) Communication à la *Soc. obst. de gyn. de Berlin.*

celles qui étaient guéries, un certain nombre revenaient plus ou moins de temps après qui se plaignaient d'avoir encore une petite fistule. Dans la profondeur, il y avait peut-être une anse de fil qu'il n'était pas facile d'enlever. Quand pour faire l'opération on s'y prend comme moi, qu'on amène en dehors du péritoine le pédicule des ligaments larges, il y a souvent nécessité d'abandonner dans la profondeur des fils de soie, qu'il est ultérieurement difficile d'enlever. J'adoptai alors avec enthousiasme l'énucléation et je l'ai pratiquée même dans des cas de fibromes plus gros qu'une tête d'adulte. Souvent l'utérus, ainsi traité, prend une forme tout à fait bizarre ! Les résultats à la vérité étaient bons; mais, il faut bien le dire, *ce qui justifie l'énucléation, c'est qu'on se propose, par elle, de conserver à la femme un organe capable de remplir sa fonction*. Et, il existe incontestablement des cas où la grossesse et l'accouchement ont été observés après l'énucléation. Mais, quand il s'agit d'une vieille femme ou d'une vieille fille, de sujets chez lesquels il n'y a aucune indication à conserver l'utérus, pour quelle raison viser ce but, surtout quand le procédé opératoire se complique de réelles difficultés techniques? En fait, l'énucléation n'est justifiée que si elle comporte un pronostic plus bénin, que si elle est d'une exécution facile. J'ai, maintes fois, trouvé un grand nombre de petits myômes en des régions de l'utérus où, antérieurement, on ne les avait ni vus ni perçus. Or, ces « germes », ces nodules myomateux s'accroissent plus tard, et il m'est arrivé, en certains cas, de devoir, après plusieurs années, pratiquer une seconde myomotomie. Pour ces motifs, j'estime aujourd'hui qu'*il est parfaitement rationnel de faire l'énucléation, mais qu'il faut la réserver pour les petites tumeurs, et, d'une manière générale, ne la faire que s'il y a un réel intérêt à conserver au sujet un organe apte à remplir sa fonction.*

Plus tard, j'ai accepté avec enthousiasme l'extirpation totale, que Bardenheuer, le premier, a pratiquée (1880) et dont A. Martin a eu le mérite de faire une opération parfaitement réglée. Cette opération donne de bons résultats. D'autre part, la grande question du traitement péritonéal ou intra-péritonéal est du coup éludée, puisqu'on supprime le moignon. Ce fut là une idée très ingénieuse de Martin, mais, il faut avouer que de décider si le col doit ou non rester, c'est une affaire d'opportunité.

Est-il plus avantageux pour la technique opératoire, pour les

suites immédiates, pour l'avenir de le laisser en place, on le laisse. Sinon, la portion vaginale sous le double point de vue de la vie et de la santé n'a plus de but. J'ai pratiqué cette opération de la façon suivante : excision par en haut de l'utérus, suture, application d'une éponge, fermeture de l'abdomen, extirpation du col par le vagin, enlèvement de l'éponge. La plupart des cas guérissaient d'une façon remarquable. J'ai aussi fait une fois l'opération suivant le procédé de Martin. Évidemment l'opération est tout à fait praticable, mais elle constitue vraiment une intervention grave. Les jeunes sujets la supportent, mais c'est à peine si l'on peut y songer quand il s'agit de sujets âgés.

Lorsque j'ai enlevé le myôme et laissé seulement le col facile à suturer, je suis toujours pénétré de cette idée qu'il faut, dès ce moment, terminer rapidement l'opération, et qu'au fond la deuxième opération (ablation du col), est parfaitement inutile. Pour quelle raison enlever ce petit moignon inoffensif? Ce supplément d'intervention, le danger créé par la prolongation de l'intervention me paraissent injustifiés.

D'autre part, l'énucléation m'avait appris beaucoup de choses. Dans l'énucléation, le chirurgien abandonne dans le ventre une quantité notable de substances à suture. Jadis, j'avais pensé que la méthode de Schröder était fâcheuse, parce que le péritoine s'irritait, qu'il perdait son aptitude fonctionnelle, qu'il restait dans le ventre une masse considérable de sutures, et qu'il se faisait des sécrétions susceptibles, le cas échéant, de se décomposer. Or, ce que j'ai appris en pratiquant l'énucléation, m'oblige à confesser que je me trompais. Finalement, il se présenta un cas qui me décida à abandonner la méthode extra-péritonéale. Je dus pratiquer la césarienne sur une femme qui l'avait déjà subie une fois. Or, en avant de l'utérus et jusqu'à la symphyse, les intestins étaient situés dans une hernie de la ligne blanche. Je disséquai l'intestin de la peau sur une hauteur de 20 centim. et sur une largeur de 10 centim., puis je le séparai de l'utérus; il se produisit une hémorrhagie abondante. Je ne songeai pas à faire la césarienne parce que la paroi antérieure de la matrice donnait du sang et je fis l'opération de Porro. Mais je dus abandonner le pédicule dans le ventre, parce que si j'avais adopté la méthode extra-péritonéale, il serait survenu nécessairement, à cause des adhérences de l'intestin à la vessie, à la paroi abdominale, des

compressions de cet organe. La femme avait perdu beaucoup de sang et était très faible. J'abandonnai donc le pédicule, et refermai la paroi abdominale. Le 8e jour, quand le bandage fut enlevé, je constatai que le cul-de-sac de Douglas proéminait fortement et qu'il existait une grosse tumeur abdominale. Le cul-de-sac de Douglas ayant été incisé par le vagin, il s'écoula environ 1 1/2 litre de sang absolument aseptique. La femme guérit. Ce fait fournit la preuve que dans un cas où il n'avait été employé aucune sorte d'antiseptique, mais seulement de l'eau stérilisée, tout resta aseptique, malgré l'étendue des surfaces cruentées, le nombre des fils de suture, en dépit de 2 litres environ de substances nutritives (milieu de culture). J'étais par là autorisé à formuler cette conclusion : *le moignon peut être laissé en place* (1). Mais, je m'applique à réduire autant que possible le moignon cervical. En résumé, *après avoir abandonné, en considération des résultats exprimés par les statistiques, la méthode intra-péritonéale pour l'extra-péritonéale, je suis revenu à la première après que j'ai eu acquis la conviction qu'on pouvait sans danger abandonner des fils dans le ventre* (2). R. L.

Contribution au traitement chirurgical des fibro-myômes utérins. (Contributo alla cura chirurgica dei fibromiomi dell' utero). Bompiani. *Annal. di Ost. e Gin.* Milano, 1892, p. 100.

L'auteur se prononce contre le curettage, les injections intra-utérines caustiques, contre l'électrolyse. La castration est limitée aux cas où la tumeur ne peut être extraite de l'excavation pelvienne. Dans l'hystérectomie, il fixe toujours le pédicule à l'extrémité inférieure de la plaie abdominale, les autres procédés lui paraissant dangeureux.

P. Mauclaire.

Énucléation par la laparotomie de neuf fibromes utérins interstitiels, par Jaboulay. *Lyon méd.*, 1892, p. 374.

Cette opération, l'énucléation intra utérine de fibromes, semble à

(1) A l'objection possible que par l'enlèvement du moignon on cherche à assurer le drainage du péritoine, Fritsch répond que « *la séreuse, saine, se draine elle-même* ».

(2) Cette communication a été le point de départ d'une discussion dans laquelle Gusserow et Olshausen ont félicité Fritsch d'être revenu à une méthode qu'ils considèrent comme la méthode de choix.

M. Jaboulay devoir remplacer l'hystérectomie et les différents procédés, même les meilleurs, pour exécuter cette opération. Enlever l'utérus pour une tumeur bénigne équivaut à amputer un membre pour des néoplasmes non malins ; les difficultés opératoires ne doivent pas entrer en ligne de compte. La cavité utérine devra toujours au préalable être désinfectée et curettée.

P. MAUCLAIRE.

Le lacs élastique dans le traitement intrapéritonéal des pédicules dans les laparotomies. (Il laccio elastica nel trattamento intraperitoneale del peduncolo nelle laparotomie), par CUZZI. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1892, p. 236.

Le lacs élastique est supérieur à la ligature à la soie en ce qui concerne l'hémostase, la rapidité opératoire, et l'antisepsie. Cuzzi décrit au point de vue macroscopique et microscopique deux moignons utérins provenant d'opérées mortes, l'une le 2e jour, l'autre le 5e jour après l'opération. Ces pièces prouvent que la compression élastique ne détermine pas nécessairement la chute dans la cavité péritonéale du fragment utérin placé au-dessus du lacs élastique ce qui faciliterait la marche de l'infection venant de la cavité utérine.

P. MAUCLAIRE.

Hystérectomies abdominales pour fibromes utérins, par M. DURET. *J. de méd.* Lille, 1892, p. 291.

Dans ce nouveau mémoire, M. Duret rapporte quatre nouvelles observations qui lui permettent de conclure que les inconvénients du traitement du pédicule par la méthode externe dans l'hystérectomie abdominale se réduisent à peu de chose et peuvent être évités la plupart du temps. Ils perdent aisément de leur importance si on les compare à la sûreté des résultats que donnent les statistiques des opérations où l'on a suivi cette méthode.

P. MAUCLAIRE.

Fibromes utérins, laparotomie, par CURTILLET. *Lyon médical*, 1891, p. 325.

A l'examen de l'abdomen le fibrome formait une tumeur du volume d'un utérus gravide au cinquième mois, médiane, régulière, de consistance ferme et uniforme, mais dans la position genu pectorale le fibrome basculait en avant et se distinguait nettement de l'utérus.

L'opération vérifia le diagnostic porté par M. Tripier : corps fibreux utérin sous-péritonéal pédiculé. Dans le choix du procédé employé pour le traitement du pédicule, M. Tripier se base sur la longueur et le volume de celui-ci, le procédé de Schrœder ou méthode de traitement intra-péritonéal est réservé aux pédicules étroits ; le procédé de Wolfler et Haecker ou procédé mixte est réservé aux pédicules larges et courts ; le procédé de Hégar ou méthode extrapéritonéale doit être employée pour les pédicules larges et longs.
P. MAUCLAIRE.

Deux cas d'élimination du lacs élastique et de la partie étranglée du pédicule à travers un moignon utérin à la suite d'hystérectomie sus-vaginale pour fibro-myômes. (Due casi di eliminazione del laccio elastico e della parte strozzata del peduncolo attravesso la càvita del monione uterino in seguito d'isterectomia sopravaginale per fibromiomi), par Dr LAURO. In *Annali di Gynec. e Obst.* Milano, 1891, p. 540.

Après avoir rapporté ces deux observations intéressantes, Lauro conclut que la ligature élastique perdue du pédicule dans les hystérectomies supra-vaginales est un perfectionnement dans la pratique gynécologique. Mais si, dans la plupart des cas, le lacs et la partie étranglée du pédicule restent encapsulés dans la cavité abdominale, dans quelques cas ils peuvent être éliminés par le canal cervical du moignon. Le mécanisme de cette expulsion est dû à la perméabilité de ce canal, à la pression intra-abdominale et aux efforts faits par la malade. La portion éliminée du pédicule est plus ou moins mortifiée.
P. MAUCLAIRE.

Extirpation vaginale du pédicule de l'hystérectomie abdominale, par P. GOUILLIOUD. *Lyon médical*, n° 42, 18 octobre 1891, p. 215.

Après Bardenheuer, A. Martin et d'autres, l'auteur se montre partisan de l'hystérectomie totale. Avec elle, on évite les inconvénients du traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule ; elle permet de plus, de drainer la cavité péritonéale en son point le plus déclive et de faire une hémostase directe et complète, enfin, elle assure mieux l'antisepsie, en supprimant les causes d'infection qui peuvent venir de la cavité cervicale.

L'hystérectomie totale peut être : 1° uniquement abdominale, ou bien, 2° abdominale avec extirpation vaginale du pédicule.

Par le premier procédé, on put, soit enlever l'utérus en entier sans sectionner l'isthme, soit extirper le pédicule par la voie abdominale après l'ablation du corps de l'utérus fibromateux. L'incision de l'insertion vaginale sur le col de l'utérus se fait sans instrumentation spéciale (A. Martin, Guermonprez) ou sur un instrument en forme de T dont la branche transversale forme sonde cannelée.

L'hystérectomie abdominale avec extirpation vaginale du pédicule a été faite surtout par A. Martin; M. Bouilly l'a pratiquée chez une femme atteinte à la fois de cancer du col et de fibrome du corps de l'utérus; enfin M. Gouillioud rapporte une observation personnelle. D'après ce dernier, cette opération diminue la gravité de l'hystérectomie et les chances d'infection.

Voici comme il propose de régler l'intervention ;

1er temps. Laparotomie, ligature élastique sur l'isthme de l'utérus, section au-dessus de la ligature, cautérisation de la cavité cervicale; fermeture de la cavité péritonéale par un surjet.

2e temps. Extirpation du pédicule utérin d'après le procédé de l'hystérectomie vaginale.

3e temps. Achèvement de la suture abdominale, couche aponévrotique et peau.

Dans l'opération qu'il a pratiquée sur une femme robuste, de 41 ans, M. Gouillioud, par suite de la présence d'un hydrosalpinx et du développement en partie intraligamenteux du fibrome, éprouva quelques difficultés qui lui firent interposer les divers temps opératoires. La malade sortit guérie le 25e jour, ayant présenté deux complications indépendantes du mode de traitement du pédicule; un petit abcès de la paroi abdominale et une monoplégie brachiale du côté gauche attribuée par l'auteur à l'hystérotraumatisme.

R. Sebillotte.

Myômes utérins. (The treatment of large myomatous tumors of the uterus. Myomotomy and hysteromyomectomy), par Kelly. *Bulletin of the Johns Hopkins hospital.* Baltimore, avril 1891, p. 45.

Obs. I. — Myôme utérin (ayant pour dimensions 25 × 20 × 17 centim.) chez une négresse. Cette tumeur était attachée au fond de l'utérus du côté droit par un court pédicule contenant quelques vaisseaux.

Mais les principaux vaisseaux de la tumeur provenaient de l'épiploon au-dessous du côlon transverse ; plusieurs vaisseaux provenaient en outre de l'intestin grêle. Il s'agit donc là d'une sorte de tumeur parasite. Les tumeurs de cette sorte ne sont pas très rares.

En général, l'auteur s'occupe en dernier lieu du pédicule naturel de la tumeur ; mais ici, en raison de difficultés spéciales, il lève d'abord le pédicule utérin. Il put ensuite lier aisément les plus gros vaisseaux de la face supérieure de la tumeur ; mais en dessous, il y avait des adhérences contenant de gros vaisseaux et unissant le myôme aux intestins. En tirant sur la tumeur, l'auteur créa ainsi une sorte de pédicule qu'il put lier. Mais, plus loin, les adhérences devenant plus larges, le noyau ne suffisait plus, l'auteur détacha alors les adhérences en disséquant des bandelettes dans la tumeur. On arrête alors l'hémorrhagie en unissant entre eux par des sutures à la soie les bords parallèles de ces lanières. Pas de fièvre. Guérison.

Obs. II. — Myôme utérin volumineux, produisant des palpitations, un peu de dyspnée, de l'albuminurie, comprimant la vessie, amenant une dépression mentale marquée.

Opération, le 4 février 1891. — Incision longue de 20 centim.

La tumeur est soulevée hors de l'abdomen tendant de chaque côté les ligaments larges ; on place sur ceux-ci des pinces au voisinage de l'utérus et des ligatures près des parois du bassin et on coupe à travers les 2 ligaments larges obliquement au-dessous de la tumeur, jusqu'au col de l'utérus. Ce dernier forma le pédicule sur lequel on plaça une ligature élastique ; on coupa alors toute la masse au-dessus, enlevant ainsi la tumeur, le corps de l'utérus et la partie supérieure du col. Le pédicule de 4 centim. de diamètre fut cautérisé au fer rouge et suturé au catgut. On passa ensuite des sutures en fil d'argent qu'on tordit autour du pédicule, on lia les 2 artères utérines et on lâcha alors la ligature élastique du pédicule ; on dut ajouter 2 sutures supplémentaires et, dès lors, aucune hémorrhagie ne se montra à la surface du pédicule.

Lavage de l'abdomen. Drainage. Suture du péritoine du pédicule au péritoine pariétal.

Pansement iodoformé.

Guérison.

Obs. III. — Myôme utérin de 18 centim. sur 13 centim. causant des hémorrhagies extrêmement abondantes.

Incision de 20 centim. On soulève la tumeur; on lie les ligaments larges formant un pédicule qui est traité comme dans le cas précédent, tube à drainage. Guérison.

Obs. IV. — Myôme chez une femme un peu âgée; on trouva une adhérence avec le fond de la vessie; du reste, l'opération fut conduite exactement comme les précédentes. Guérison.

Quelques remarques sur l'étiologie des myômes et sur la technique de la myomotomie. (Einige Bemerkungen zur Aetiologie der Myome und zur Methode der Myomotomie), H. Fehling. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 29, p. 513.

L'opinion générale est que les myômes se rencontrent plus fréquemment chez les femmes mariées que chez les non mariées. Or, Winckel a formulé, le premier, l'opinion contraire. Afin de vérifier de quel côté est la vérité, Fehling a fait entreprendre à la clinique de Bâle de nouvelles recherches sur ce sujet. Il fait remarquer, qu'il est irrationnel de déduire la fréquence relative de l'affection myomateuse chez les femmes mariées et non mariées, en ne tenant compte que des malades atteintes de myômes. Il faut tenir compte du nombre des femmes mariées et non mariées entrées à la clinique. Cette réserve faite, voici les chiffres trouvés : sur 1754 femmes, atteintes d'affections gynécologiques, 83 0/0 femmes mariées 17 0/0 non mariées = 5/1. Sur 189 cas de myomes 95,6 0/0 mariées 34,4 0/0 non mariées = 2/1. Sur l'ensemble des malades, âgées de 21-60 ans on comptait 3 femmes mariées pour 1 non mariée; de 30-50 ans, 3,4 mariées pour 1 non mariée; chiffres qui établissent, d'une manière indiscutable, que les *myômes sont* plus fréquents chez les femmes non mariées que chez les autres.

Dans le but de hâter la cicatrisation dans le traitement extrapéritonéal du pédicule, Fehling excise avec les ciseaux le moignon, quand cela est possible du 14-21e jour, immédiatement au-dessous du lien élastique. A condition de sectionner très près du lien élastique, on n'a aucune hémorrhagie à craindre. Dès que l'entonnoir s'est réuni et rétréci dans la portion inférieure, il procède à la réunion des parois abdominales laissées intactes dans la 1re intervention, en évitant soigneusement le péritoine. L'entonnoir, après désinfection soigneuse, ainsi que la peau environnante sont raclés, puis, on avive légèrement les bords de la plaie abdominale et on les réunit au moyen de sutures superficielles et profondes. On place un drain, mince dans la région de la cavité cervicale. Grâce, à ces

modifications opératoires, la durée de la convalescence serait remarquablement abrégée.

L'auteur, sur 30 cas de traitement extra-péritonéal du pédicule après myomotomie, n'aurait eu que 3 morts, = 10 0/0.

R. L.

Sur un procédé d'amputation des corps fibreux de l'utérus. Ch. Sudry. *Lyon méd.*, 1891, p. 14.

C'est le procédé de M. Laroyenne que l'auteur décrit. Pour les corps fibreux intra-utérins, la dilatation du col étant faite, la muqueuse doit être incisée de manière à en conserver une véritable manchette qui est suturée et réappliquée. Dans les fibromes sous-péritonéaux séniles. M. Laroyenne laisse une collerette de péritoine qui est également suturée et réappliquée. Ce procédé diminue l'hémorrhagie, car la surface disséquée est bien moins étendue que si on incise la muqueuse sur le sommet de la tumeur, et il est préférable au procédé de Kaltenbach qui incise circulairement la muqueuse du pédicule au niveau du sillon qui sépare l'utérus de la tumeur.

Un cas de fibro-myôme kystique de l'utérus. (Di un caso di fibromioma cistico dell' utero), par L. Clivio. *Annali di ost. e ginec.* Milano, décembre 1891, p. 856.

Les recherches microscopiques de l'auteur le portent à penser que ces kystes dérivent du fond des glandes restées renfermées dans la néoformation fibromateuse.

P. M.

Contribution à la pathogénie des cysto-myômes utérins. Cysto-myôme multiloculaire, bilatéral, symétrique, ayant oblitéré la portion utérine des trompes de Fallope, par L. Baraban. *Rev. méd. de l'Est.*, 15 octobre 1891, p. 609.

La pathogénie des cysto-myômes utérins est encore obscure, car si la nature fibro-musculaire des tumeurs est toujours facile à établir, il n'en est pas de même pour l'origine des cavités kystiques.

L'hypothèse de l'origine lymphatique des kystes de certains myômes utérins s'appuie sur des preuves très sérieuses (faits de Kœberlé, Léopold et Fehling; Rein; W. Müller), cependant le professeur Baraban « a eu l'occasion de surprendre à son éclosion, pour ainsi dire, la formation d'un cysto-myôme utérin, qui établit

sans conteste l'existence d'une seconde variété ayant pour origine l'épithélium tubaire ». Un utérus avait été enlevé pour un épithéliome du col; la muqueuse du corps était saine, mais il existait symétriquement un épaississement à l'insertion des trompes. Il s'agissait de deux myômes symétriques, renfermant des kystes microscopiques, à contenu finement grenu. Les parois étaient tapissées par un épithélium parfois atrophié, ailleurs proliférant avec des cellules cylindriques à noyaux multiples, quelquefois avec des cellules ciliées.

La symétrie des lésions observées amène l'auteur a concevoir la possibilité d'une origine congénitale pour les éléments épithéliaux des cysto-myômes utérins. R. Serillotte.

Un cas particulier de fibro-myôme sous-muqueux de l'utérus. (Un caso particolare di fibromioma sottomucoso dell'utero). Gattorn. *Annali di Ost. e Gin.* Milano, 1892, p. 100.

C'est l'histoire clinique de l'énucléation par la voie vaginale d'un volumineux fibrome, sous-muqueux (975 grammes). L'opération dura 3/4 d'heure, fut faite par morcellement, et fut accompagnée d'une inversion partielle de l'utérus et de rupture superficielle du périnée et du vagin. Guérison parfaite sans fièvre.

P. Mauclaire.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Traité de gynécologie clinique et opératoire, par S. Pozzi, deuxième édition, Paris, 1892.

Lorsque parut, il y a 18 mois, le traité magistral de M. Pozzi, nous disions ici même que ce livre si bien écrit, si clair grâce à la coordination parfaite des nombreux matériaux qui y sont accumulés, était en même temps qu'une œuvre d'érudition un livre d'enseignement. Nous lui prédisions donc le plus grand succès, heureux de voir publier en France le premier traité complet de gynécologie moderne. Les faits ont montré la justesse de nos prévisions. Le traité de gynécologie de M. Pozzi, traduit presque immédiatement en allemand, en anglais, en espagnol et en italien, a été rapidement épuisé. Dès aujourd'hui, M. Pozzi nous en donne un seconde édition revue, corrigée et complétée. Nous citerons, parmi les

choses nouvelles, l'anatomie pathologique de l'ovarite, le traitement des fistules recto-vaginales, la description de divers procédés d'hystéropexie, l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes, des statistiques récentes sur diverses opérations, etc. H. H.

Annual of the universal medical sciences, par CHARLES E. SAJOUS. Philadelphia, 1892.

L'*Annual of the universal medical sciences* vient de publier sa cinquième série de volumes. Conçu dans le même esprit que les années précédentes, il nous donne groupées et rapprochées en des sortes de revues les analyses des travaux médicaux publiés pendant l'année 1891. Cinq volumes, luxueusement édités, illustrés de nombreuses gravures dont quelques-unes en couleur, permettent au lecteur de se rendre compte du mouvement scientifique en même temps qu'elles lui donnent l'indication bibliographique des travaux qu'il désirerait plus spécialement consulter.

VARIÉTÉS

Congrès international de gynécologie et d'obstétrique. Bruxelles, septembre 1892.

Le premier congrès international de gynécologie et d'obstétrique se réunira à Bruxelles sous la présidence du professeur Kufferath.

Ce congrès dont les présidents d'honneur sont, pour la France, MM. Budin, Demons, Fochier, Gaulard, Grynfelt, Herrgott, Laroyenne, Lefour, Péan, Tarnier, s'annonce comme un grand succès, car il y a déjà plus de 200 adhésions.

Ci-joint le programme détaillé des actes du Congrès.

Mardi 13 septembre, 9 heures du soir : raout-concert offert à MM. les membres du Congrès par la Société belge de gynécologie et d'obstétrique à l'Université de Bruxelles.

Mercredi 14 septembre, 2 heures du soir : séance d'ouverture du Congrès ; ouverture de l'Exposition.

Cette exposition comprend : 1° l'exposition internationale d'instruments et appareils se rapportant à la gynécologie et à l'obstétrique aux palais des Académies ; 2° une exposition parti-

culière comprenant les collections d'instruments, pièces anatomiques, etc., des Universités belges, à la Maternité de Bruxelles. 7 heures du soir : Fête.

Jeudi 15 septembre, 8 heures du matin : Visite des hôpitaux ; expositions. 10 heures du matin. Séance du Congrès. Communications diverses ; 2 heures du soir. Séance du Congrès. Discussion de la 1re question à l'ordre du jour :

Des suppurations pelviennes. 9 heures du soir. Réception des membres du Congrès par M. le Ministre des Travaux publics en son hôtel ministériel.

Vendredi 16 septembre, 8 heures du matin : Visite des hôpitaux ; expositions. 10 heures du matin. Séance du Congrès. Discussion de la 2e question à l'ordre du jour : Des grossesses extra-utérines. 7 heures du soir. Représentation de gala à l'Opéra.

Samedi 17 septembre, 8 heures du matin : Visite des hôpitaux ; exposition. 10 heures du matin. Séance du Congrès. Communications et démonstrations. 2 heures du soir. Séance du Congrès. Discussion de la 3e question à l'ordre du jour : Du placenta prævia. 4 heures du soir. Séance de clôture. 7 heures du soir. Banquet offert aux Membres du Congrès par la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique.

Dimanche 18 septembre. Excursions diverses.

Les communications et démonstrations doivent autant que possible être annoncées avant le 1er août 1892.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Dr Auvard, secrétaire spécial pour la France, 58 rue de la Boëtie, à Paris, ou au secrétariat général à Bruxelles.

Nous recevons le premier numéro d'une nouvelle Revue de chirurgie française ; les *Archives provinciales de chirurgie*, paraissant tous les mois à Paris. Fondée par un certain nombre de jeunes chirurgiens de province, cette revue a pour rédacteur en chef notre confrère, M. le Dr Marcel Baudouin, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*. C'est une véritable tentative de décentralisation chirurgicale, qui s'explique par les progrès croissants de la chirurgie moderne.

Le gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

TROIS CAS D'OPÉRATION CÉSARIENNE

Par le Dr **de Ott**, professeur à l'Institut clinique de Saint-Pétersbourg.

Il y a quelques années, j'ai publié un cas d'opération césarienne (1) chez une femme ayant un fibro-myôme de l'utérus; la tumeur remplissait presque totalement le petit bassin, ce qui empêchait absolument l'accouchement par les voies naturelles. Dans ces derniers temps, j'ai eu dans ma pratique un cas analogue où j'ai dû recourir aussi à l'opération césarienne comme moyen unique de terminer la parturition. Voici l'histoire de ce cas in extenso.

Ch. L..., femme d'un médecin, âgée de 30 ans, fut réglée à 12 ans et vit, jusqu'à l'âge de 17, revenir ses époques régulièrement. Mais plus tard le flux menstruel devint plus abondant et elle ressentit des douleurs dans les cuisses et les lombes. A vingt et un ans, on a constaté chez la malade, la présence d'une tumeur fibreuse de l'utérus, et on a institué un traitement approprié, des injections hypodermiques d'ergotine, etc. Cependant, l'écoulement menstruel continuait à être très abondant, et sa durée était de 7 à 8 jours, bien que les époques fussent généralement en retard de 4 à 5 jours. Dans les derniers temps les pertes sanguines, tout en étant très fortes, ne duraient pas au delà de 3, 4 jours, surtout si

(1) Le journal *Wratsch* (en russe), 1888, n° 52.

la malade gardait un repos parfait. La malade ne s'est jamais plainte de douleurs. Elle s'est mariée à l'âge de 24 ans, et resta stérile pendant les six premières années du mariage. Dans le courant de la septième année, les menstrues qui revenaient jusqu'alors à des intervalles très réguliers n'apparurent point (pour la dernière fois elles eurent lieu du 10 au 13 mai 1889); en même temps se manifestèrent d'autres symptômes de grossesse, et la malade fut particulièrement incommodée par des vomissements graves qui durèrent jusqu'au 4e mois. Je fus appelé chez la malade au moment où commencèrent les premières contractions du travail. Voici ce que je constatai : Mme L... est de taille moyenne, bien constituée, bien nourrie, le pannicule graisseux est assez développé. A l'inspection extérieure de l'abdomen, du côté droit de l'utérus gravide, dans la région hypogastrique et partiellement dans la région abdominale moyenne, on constate la présence d'une masse distincte beaucoup plus compacte que l'utérus avec lequel elle se confond sans délimitation bien marquée. Il est impossible de déterminer sa limite à l'inspection extérieure, vu que cette masse se prolonge dans la cavité du petit bassin; elle n'est que très peu mobile. L'utérus présente tous les symptômes d'une grossesse arrivée au terme normal de son évolution; on perçoit très bien les battements du cœur et les mouvements du fœtus. La position du fœtus est longitudinale avec présentation de la tête. Au toucher vaginal on trouve le col de l'utérus un peu raccourci et ne permettant pas l'entrée du doigt; le col est dévié à gauche et très difficilement accessible à cause de sa position élevée dans le bassin. En même temps que le col, occupant presque en totalité l'entrée du petit bassin, on parvient à percevoir le segment inférieur de la tumeur fibreuse ci-dessus mentionnée. Cette tumeur a la grosseur de deux poings, elle est compacte, peu mobile à cause de son adhérence intime aux parties environnantes. Comme elle occupait à peu près complètement l'entrée et la cavité du petit bassin, en faisant dévier l'utérus du côté opposé, elle empêchait non seulement la tête de s'engager, mais en rétrécissant le canal de la parturition rendait impossible l'accouchement d'un fœtus vivant, en excluant aussi l'idée de la délivrance par le procédé de l'embryotomie.

J'ai essayé à plusieurs reprises de soulever la tumeur pour frayer le passage au produit de la conception, mais chaque fois mes efforts ont échoué à cause de l'union intime de la tumeur avec les

parties environnantes. Par conséquent, l'opération césarienne était *absolument indiquée*. Je m'assurai par l'inspection de l'état parfaitement sain du cœur et des autres viscères de la malade.

Pendant toute la journée du 4 mars et au début de la journée suivante les douleurs étaient si peu intenses et revenaient à de si longs intervalles qu'il était impossible de se prononcer pour le commencement de l'accouchement. Mais elles s'accentuèrent vers la fin de la journée et commencèrent à revenir à des intervalles réguliers; dans la nuit du 6, je procédai donc à l'opération, à domicile chez la malade. Après les préparations préalables, la malade chloroformée, le vagin soigneusement lavé par un désinfectant et bouché au moyen d'un tampon à l'iodoforme, il n'y avait pas de changements appréciables dans l'orifice du col, ni dans la position du fœtus. Suivant le plan de l'opération il a été décidé de profiter de l'ouverture de la cavité abdominale pour enlever s'il y a moyen la tumeur, afin de conserver à la malade la faculté de la délivrance normale à l'avenir. Au cas où cette combinaison échouerait il a été décidé de procéder à la castration afin d'arrêter le développement de la tumeur fibreuse et de préserver la malade contre les mauvaises chances d'une nouvelle grossesse.

Comme j'avais à craindre dans mon cas une contraction peu énergique de l'utérus pendant la période qui suivrait l'opération je résolus de placer à demeure dans la cavité utérine, avant l'application des sutures, un tampon à l'iodoforme plié en zigzag et de la grosseur d'un œuf de poule; le long bout de ce tampon devait passer dans le vagin pour en faciliter l'extraction en cas d'urgence. Je comptais essayer ce tamponnement préservatif dans l'opération césarienne que j'ai pratiquée en 1889, mais comme dans ce cas la contraction de l'utérus se fit spontanément, la nécessité du tamponnement fut éludée.

Toutes les précautions antiseptiques étant bien prises et sitôt la cavité abdominale ouverte, je procédai à l'extirpation des ovaires, vu que l'examen de la tumeur et de ses rapports avec les parties environnantes, à cause de son développement intraligamentaire, rendait son énucléation douteuse et dans tous les cas extrêmement dangereuse. Une fois les ovaires enlevés, l'utérus fut amené au dehors et entouré d'une bande en caoutchouc, retenue par l'ins-

trument de Pozzi ; la cavité utérine fut ouverte par une incision qui en intéressait la face antérieure et même le fond. Il me fut impossible d'agrandir l'incision par en bas à cause de la tumeur. Bien que l'incision ait été pratiquée au-devant du placenta, on a pu extraire sans trop de peine l'enfant et le placenta avec ses annexes. A l'inspection de la cavité utérine on a pu voir très distinctement la boursouflure de sa paroi antérieure produite par la position correspondante de la tumeur qui se réunissait à l'utérus principalement dans sa portion sus-vaginale. Avant la suture de la plaie, le tampon ci-dessus mentionné fut introduit dans la cavité utérine et le bout de ce tampon ramené dans le vagin au moyen d'une pince à crochets ; avec une autre pince on le fit ressortir au dehors. Puis on s'appliqua à réunir la plaie de l'utérus par une série de sutures en fil de soie profondes et superficielles n'intéressant pas la caduque. En même temps la malade reçut deux injections hypodermiques par la seringue de Pravaz de la solution aqueuse au dixième de l'extrait d'ergot de seigle. L'incision de la paroi abdominale fut suturée par le procédé ordinaire.

Malgré le tamponnement de l'utérus et l'emploi de l'ergotine, sitôt que la ligature élastique fut retirée après la fermeture de la cavité utérine par les sutures, il se déclara une assez forte hémorrhagie que n'avait pu prévenir un massage énergique de l'utérus, exercé après la réunion de la plaie abdominale. L'hémorrhagie ne cédant pas même à l'injection hypodermique réitérée de l'ergotine, j'enlevai le tampon en en tirant doucement le bout et je fis à de petits intervalles deux injections vaginales à l'eau chaude. L'hémorrhagie avait cessé presque complètement. On appliqua à la malade un bandage compressif et on la transporta au lit préalablement réchauffé. L'enfant qu'on venait d'extraire était une fillette bien saine, très robuste et bien développée.

Il n'y eut pas de mouvement fébrile les premiers 9 jours qui suivirent l'opération ; le durcissement des seins fut insignifiant ; puis les quinze jours suivants la température se tint constamment un peu au-dessus de la normale. Le pouls tout en restant plein marquait les premiers 3-4 jours 130 et même un plus grand nombre de pulsations à la minute ; à partir du quatrième jour le pouls devint plus lent et bientôt rentra dans l'ordre normal. L'état subjectif de la malade resta en général très satisfaisant bien que dans

les premiers jours qui suivirent l'opération elle ait souffert d'une gastrite caractérisée par le pyrosis et les éructations. Il faut aussi noter l'œdème de la jambe droite accompagné d'une faible douleur lorsqu'on exerçait une pression sur les gros vaisseaux. La présomption d'une phlébite au début ne se confirma pas et très probablement cet œdème était dû à la compression exercée par la tumeur fibreuse.

On changea le pansement au 9e jour; il y eut un écartement de la plaie à l'angle inférieur, mais sur une très petite étendue, et la cicatrisation s'opéra par seconde intention. L'examen de la malade *per vaginam* avait démontré l'absence de tout état morbide dans la région sexuelle.

L'examen de la malade, 7 mois plus tard, démontra que la tumeur avait très peu diminué. Les muscles droits s'écartent un peu dans la région ombilicale. La sensibilité est tout à fait satisfaisante, surtout depuis la dernière perte de sang (menstrues ?). Les douleurs dans la jambe gauche dont la malade se plaignait pendant la grossesse ne cessent de l'incommoder. L'enfant va bien.

Un point est surtout intéressant dans le cas que je viens de décrire, c'est le tamponnement préventif de l'utérus. Dührssen fut le premier à appliquer ce moyen dans les hémorrhagies de l'utérus par atonie de cet organe après l'accouchement. Le moyen Dührssen, comme toute méthode nouvelle, demande à être expérimenté et étudié afin de rendre plus compréhensibles les conditions dans lesquelles il est indiqué. Il est vrai que Dührssen appliquait son tamponnement lorsque l'hémorrhagie existait déjà, tandis que le mien devait jouer le rôle de préservatif contre l'hémorrhagie même ; néanmoins le principe reste le même. Si les conditions du tamponnement dans l'opération césarienne diffèrent du tamponnement ordinaire (car l'atonie consécutive de l'utérus est favorisée par l'ouverture de la cavité abdominale, par l'application de la ligature élastique amenant l'ischémie de l'utérus, par la narcose, etc.), cependant le tamponnement peut-être appliqué plus complètement dans ce cas que lorsqu'on l'exécute par le vagin. Dans le cas que je viens de décrire la contraction de l'utérus pouvait être influencée par la présence du corps fibreux, ce qui est un

fait exceptionnel ; je me garderai donc de toutes conclusions, en constatant seulement que le tamponnement de l'utérus ne m'a pas réussi après l'accouchement. Cependant l'hémorrhagie que j'ai observée dans ce cas était sans aucun doute le résultat de l'atonie de l'utérus, vu que la plaie de la paroi sectionnée était solidement contenue par des sutures soigneusement appliquées. Les lèvres de la solution de continuité sont parfaitement rapprochées et maintenues en contact, ce qui rend inutile la suture beaucoup plus compliquée de Sänger (Sero-seröse naht).

A mon avis, pour obvier aux hémorrhagies produites par l'atonie de l'utérus dans l'opération césarienne, il serait peut-être plus avantageux de recourir à un procédé chirurgical généralement employé dans les hémorrhagies, c'est-à-dire à l'oblitération immédiate de la lumière des vaisseaux qui saignent, en les piquant par exemple. Ce procédé pourrait rendre un véritable service ; comme le sang s'écoule de la portion de l'utérus où était fixé le placenta, il faut diriger nos efforts de ce côté pour effectuer l'oblitération de la lumière des vaisseaux ouverts au moment de la séparation du placenta. A cet effet l'application d'une suture continue au catgut sur toute la portion d'où le sang s'écoule me paraît le moyen le plus rationnel. L'étendue de la partie où s'attachait le placenta, après la contraction de l'utérus vidé, diminue à tel point qu'on peut aisément piquer toute cette portion où reposait le placenta de 2 à 3 rangs parallèles de sutures continues. Dans l'accouchement par les voies naturelles ce procédé présenterait des difficultés énormes ; son application ne devient possible que dans le cas d'inversion de l'utérus ; tandis que dans l'opération césarienne la cavité utérine est facilement accessible et l'application des sutures ne saurait présenter une difficulté quelconque. Dans ces cas où il est difficile de compter sur la contraction spontanée de la paroi utérine au point d'insertion du placenta, par exemple s'il existe en dessous de cette portion de l'utérus une tumeur fibreuse qui exclut toute possibilité de la contraction spontanée de la lumière des vaisseaux, le pro-

cédé ci-dessus mentionné serait peut-être le meilleur.

Tout en recommandant cette méthode, je suis le premier à reconnaître que la pratique seule pourrait résoudre la question de son utilité réelle.

Dans mon second cas l'opération césarienne a été indiquée par l'étroitesse extrême du bassin.

Marie W..., 28 ans, native du gouvernement de St-Pétersbourg, a été rachitique dans l'enfance. Fut réglée à 17 ans; le flux menstruel revenait toutes les 3-4 semaines et durait 6 jours. Eut ses dernières époques au mois de janvier 1888. Au moment des premières douleurs la malade s'adressa à une sage-femme du voisinage, puis se présenta à l'asile d'accouchement d'où elle fut transportée, pour subir l'opération, à l'Institut Clinique.

Marie W..., est de très petite taille (122 centim.), très mal conformée à cause des modifications morbides dans son système osseux. La colonne vertébrale présente une scoliose très prononcée unie à une cyphose dans la région de la série inférieure des vertèbres dorsales et des vertèbres lombaires supérieures; la série inférieure des vertèbres lombaires conjointement avec le sacrum présente une lordose. Tout le corps est déjeté et les os iliaques ne se trouvent pas à la même hauteur : le bord supérieur de la crête de l'os iliaque d'un côté est de 4,5 centim. plus élevé que celui de l'autre; en même temps l'os sacrum présente dans sa partie supérieure une forte dépression en avant, ce qui permet à vue d'œil de supposer le rétrécissement de la dimension antéro-postérieure du bassin. L'extrémité inférieure du sacrum est fortement déjetée en arrière. Les deux moitiés de la cage thoracique sont inégales : celle du côté droit est beaucoup plus développée que celle du côté gauche. Les côtes touchent presque les os iliaques. Le sternum est fortement déjeté en avant. Les extrémités supérieures sont disproportionnellement longues; les extrémités inférieures sont recourbées, surtout dans les os des jambes, les fémurs présentent aussi une courbure en arc en avant. Les trochanters ne se trouvent pas à la même hauteur : celui du côté droit est plus élevé que celui du côté gauche. Les dimensions du bassin ayant une position oblique sont les suivantes :

Distance des crêtes................ 21,5 centimètres.
» des ép. antéro-sup........ 23,5 »

Distance des trochanters..........	25,5	centimètres.
Hauteur de la symphyse pubienne .	4,5	»
Diamètre antéro-postérieur........	14,5	»
Conjugué diagon..................	5,5	»
» vrai....................	4,8	»

L'exploration de la cavité pelvienne a démontré sa plus grande capacité dans la moitié gauche par rapport à la moitié droite. A l'examen vaginal on perçoit la dilatation complète de l'orifice du col; il y a présentation de la tête qu'on peut facilement soulever en haut; la poche des eaux s'est vidée la veille au soir. Les mouvements et les battements du cœur du fœtus sont très bien perçus. La plus grande circonférence du ventre est de 81 centim., la hauteur du fond de l'utérus est de 36 centim.; la distance du pubis à l'ombilic est de 18, la distance du pubis à l'appendice xiphoïde est de 41 centim. La paroi abdominale flasque est extrêmement amincie. Les organes intérieurs paraissent sains.

Ce bassin vicié, dévié, rachitique ne laissait pas d'autre expédient pour terminer l'accouchement que l'opération césarienne (indication absolue). Je pratiquai donc cette opération le 20 octobre 1889 en présence de mes élèves. L'incision de la paroi abdominale, à cause de la forme particulière du ventre, a été faite en grande partie entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. Une fois l'utérus amené au dehors de la cavité abdominale, on s'est empressé de réunir momentanément les bords de la plaie abdominale par des sutures afin d'empêcher l'issue de l'intestin. L'utérus fut serré par la ligature élastique et incisé à sa face antérieure; en même temps le placenta qui adhérait à cet endroit fut intéressé. Après l'extraction d'un enfant vivant, la muqueuse a été raclée avec un scalpel sur toute la surface de l'utérus et la cavité utérine essuyée avec de l'ouate au sublimé, puis saupoudrée avec de l'iodoforme. Comme la contraction de l'utérus s'effectua spontanément, le tamponnement préventif était inutile, je procédai donc à l'application des sutures d'après la méthode du cas précédent. Une fois la cavité abdominale fermée et le bandage appliqué, la malade fut transportée au lit. Garçon bien à terme, sain, pesant 2500 grammes.

La marche des phénomènes consécutifs à l'opération fut tout à fait satisfaisante. Dès le jour suivant le pouls était revenu à son état normal; la température ne s'est élevée qu'une seule fois (au 7e jour) a 38°,3 C. Les sutures furent enlevées le 11e jour.

L'incision s'était cicatrisée dans toute son étendue par première intention. Le durcissement des seins ne fut accompagné d'aucun désordre. Après trois semaines et quelques jours la malade se trouvait en état de sortir de l'Institut clinique. Son enfant fut placé aux Enfants-Trouvés où il mourut deux mois plus tard.

J'ai eu l'occasion de voir la malade 11 mois plus tard; elle m'a dit que sès règles étaient plus abondantes. A l'examen vaginal je n'ai rien trouvé d'anormal.

Le troisième cas d'opération césarienne que j'ai pratiquée avait pour sujet une primipare, chez laquelle les dimensions du bassin étaient les suivantes :

Distance des crêtes	25,0	centim.
— des épines antéro-supérieures.	23,0	—
— des trochanters	30,0	—
Diamètre antéro-postérieur	17,5	—
Conjugué diagon	8,0	—
— vrai	6,5	—
Hauteur de la symphyse pubienne	4,0	—

M. N..., âgée de 23 ans, native du gouvernement d'Olonetz. Bien constituée et bien nourrie. Facies œdémateux; paupières inférieures bouffies. Jambes tuméfiées.

Fut réglée à 18 ans et depuis les époques revenaient très régulièrement toutes les 3 semaines et duraient 7 jours; pour la dernière fois elle les a eues le 15 mai 1888. Les douleurs commencèrent le 10 février 1889; le matin du 11, au dire de la sage-femme qui avait amené la malade à l'Asile d'accouchements, l'orifice du col permettait l'entrée de deux doigts ; le soir du même jour la poche des eaux s'était vidée. A l'examen de la malade (matin du 12 février), je constatai que la tête, qui se présentait la première, n'était pas enclavée dans l'entrée du bassin, malgré les contractions énergiques de l'utérus; les bords de l'orifice du col sont extrêmement dilatables et flasques. Le promontoire et les autres parois du bassin étaient très accessibles au toucher ce qui s'explique par le rétrécissement de toute la cavité pelvienne; il s'écoule du vagin un peu de sang mélangé de petits débris de tissus. La plus grande circonférence du ventre est de 95 centim.; la hauteur du fond de l'utérus est de 35, la distance du pubis à l'ombilic est de 10 et celle du pubis à l'appendice xiphoïde de 39 centim. Le ventre est flasque dans une certaine mesure. L'introduction du

cathéter est extrêmement laborieuse à cause de la forte pression sur la vessie exercée par la tête. L'urine est trouble, mélangée de sang; elle contient de l'albumine. La malade est en pleine connaissance. Les battements du cœur du fœtus sont perçus très distinctement. Comme le bassin de cette primipare présentait un rétrécissement général il était de toute évidence que la terminaison naturelle de l'accouchement (qui durait déjà depuis à peu près 48 heures) était impossible. Il n'y avait donc que la ressource d'une opération ; le choix se posait entre la perforation de la tête d'un enfant vivant et l'embryotomie consécutive et l'opération césarienne. Dans le premier cas, en dehors du danger pour la mère, à cause des difficultés techniques inévitables, la vie de l'enfant était fatalement sacrifiée. Nous avons donné la préférence à l'opération césarienne quoique plus dangereuse pour la mère à cause de l'affection des reins qui existait déjà et qui pouvait devenir mortelle; cela nous imposait le devoir de sauver l'enfant. Ayant bien pesé toutes ces considérations et m'étant prononcé pour l'opération césarienne, à laquelle la malade avait donné son consentement, je fis l'opération par le procédé de Porro. L'amputation de l'utérus dans notre cas était indiquée à cause des modifications de ses parois produites par la pression prolongée de la tête du fœtus, ce qui pouvait donner lieu consécutivement à des processus de septicémie. De plus, en amputant l'utérus nous préservions la malade de la possibilité d'une grossesse nouvelle. Cette opération ne présenta pas de complications. Le moignon fermé par des sutures étagées fut replacé dans la cavité abdominale. Il n'y eut pas d'hémorrhagie après l'opération. Un garçon à terme fut extrait en l'état d'asphyxie légère ; il fut vite ramené à la vie. Son poids était de 3500 grammes. Sa longueur 49 centimètres.

Dès le premier jour après l'opération l'état de la malade donna lieu à de sérieuses appréhensions, Elle n'urinait presque pas; l'introduction du cathéter ne donnait que quelques rares gouttes que la chaleur coagulait en un caillot compact à cause de la présence dans l'urine d'une forte quantité d'albumine. Le facies de la malade devint encore plus bouffi. L'œdème des extrémités s'accentua et le jour suivant la malade tomba dans le coma, accompagné de convulsions cloniques. Cet état alla en empirant, la malade ne reprit pas connaissance jusqu'à la mort qui eut lieu 2 jours et demi après l'opération. La température pendant tout ce temps resta normale; le pouls devint plus fréquent (de 120 à 140 pulsations) le

dernier jour seulement. La quantité totale de l'urine obtenue pendant les jours qui suivirent l'opération ne dépassa pas trois cuillères à thé. L'issue mortelle dans ce cas fut le résultat d'une néphrite parenchymateuse aiguë; ce diagnostic fut aussi confirmé à l'autopsie, faite par M. le professeur Afanassieff. Tous les autres organes étaient sains. La plaie abdominale avait eu le temps de s'agglutiner solidement. Le moignon utérin se présenta réuni par première intention; le péritoine dans toute son étendue ne présentait rien de pathologique. Les dimensions du squelette pelvien confirmèrent les mensurations prises pendant la vie.

Ce dernier cas présente un intérêt tout particulier, car, malgré la délivrance hâtive de l'utérus, l'éclampsie n'en fut pas moins fatale et la malade succomba à l'urémie. Par conséquent notre cas dément les résultats favorables présentés par M. Halbertsma dans son rapport au Xe congrès international « sur l'opération césarienne dans l'éclampsie ». Néanmoins il est de toute évidence que dans notre cas toute autre façon d'agir aurait été condamnable. Sans l'opération césarienne l'enfant était sacrifié et la mère n'y gagnait rien, car elle devait succomber à sa néphrite. Donc, des deux maux nous avons choisi le moindre et nous avons sauvé la vie de l'enfant.

NOUVEAUX DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

(Fin) (1)

Par le Professeur **A. Pinard.**

OBS. X. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 6e mois. Rupture du sac. Fœtus à nu dans la cavité abdominale. Laparotomie trois mois après la mort du fœtus,* par MM. PINARD et SEGOND. *Guérison.*

Femme âgée de 38 ans, multipare, entrée à la Clinique Baudelocque, le 15 janvier 1891.

Cette femme a eu deux accouchements spontanés et à terme, le

(1) Voir *Annales de gynécologie*, 1892, juillet, p. 1, et août, p. 99.

dernier, il y a huit ans. Les suites de couches ont été normales et la menstruation a, depuis cette époque, toujours été régulière jusqu'au mois de mars 1890.

A la fin du mois de mars, elle éprouve des douleurs dans le bas ventre, douleurs persistant pendant le mois d'avril, mais ne l'empêchant pas toutefois de vaquer à ses occupations. Le 15 mai, brusquement, à deux heures de l'après-midi, elle est prise d'une douleur violente qui lui arrache des cris et la rend incapable de tout mouvement. Elle ne perd pas cependant connaissance. Cinq ou six de ces accès se reproduisirent, dit-elle, dans le mois de mai. On crut alors à une péritonite causée par une tumeur et elle entra dans un service de chirurgie où le chef de service ne voulut pas pratiquer la laparotomie, en raison du mauvais état général de cette femme.

Rentrée chez elle, son état s'améliora et le 25 août, elle perçut nettement les mouvements de son enfant, ce qui l'étonna beaucoup, car jusque-là, ni les médecins qui l'avaient examinée, ni elle-même n'avaient pensé à une grossesse.

Quoiqu'elle fût obligée de garder le lit, son état général se modifia heureusement pendant les mois de septembre et d'octobre. Le 15 octobre, elle perçut les mouvements de son enfant pour la dernière fois, et aussitôt les phénomènes douloureux et réactionnels disparurent et cette femme put alors quitter le lit et vivre de la vie ordinaire. Il n'y eut pas de faux travail, pas de montée laiteuse, pas d'hémorrhagie.

Le 25 janvier, cette femme vint à notre consultation afin de savoir quand elle accoucherait, et si on ne devait pas lui enlever la tumeur dont on lui avait parlé, avant ou après son accouchement. Le Dr Potocki, chef de clinique, qui l'examina tout d'abord, n'hésita pas à porter le diagnostic de grossesse extra-utérine et le professeur Pinard confirma ce diagnostic le lendemain. En effet, le ventre de cette femme était développé comme il l'est généralement à 6 mois de grossesse, mais il présentait un aspect irrégulier. La palpation permettait de reconnaître une tumeur très mobile, placée en diagonale de haut en bas, et de gauche à droite. De plus, on percevait en un point de cette tumeur une crépitation osseuse manifeste. Une autre tumeur placée sur la ligne médiane et s'élevant à quelques centimètres au-dessus de la symphyse était immobile. L'auscultation était négative.

Le toucher fit rencontrer le col en avant, derrière la symphyse, et

en combinant le toucher au palper, il fut facile de reconnaître que la tumeur inférieure et médiane était constituée par l'utérus. Le cathétérisme de cet organe montra qu'il était vide et mesurait 9 centim. 5.

Si le diagnostic de grossesse extra-utérine était relativement facile, un fait, cependant, préoccupait le Dr Pinard, c'était la mobilité de la tumeur supérieure, circonstance qui ne se rencontre guère dans le cas de kyste fœtal. Aussi se proposa-t-il d'explorer la cavité abdominale avant de suturer le kyste, en pratiquant la laparotomie.

Pendant qu'on aseptisait cette femme, elle eut ses règles qui commencèrent le 23 janvier, c'est-à-dire trois mois après la mort de l'enfant. Ces règles durèrent trois jours et déterminèrent pendant ce temps un état fébrile, la température monta à 38°,8.

Pour ces raisons, cette femme ne fut opérée que le 4 février avec l'assistance du Dr Segond. M. Pinard pratiqua une incision sur la ligne médiane et allant de l'ombilic à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse car la vessie remontait assez haut. Le péritoine était extrêmement épaissi et vasculaire. Dès que ce dernier fut incisé, la tête du fœtus apparut libre au milieu des anses intestinales. La main introduite permet de constater que le fœtus est libre et à nu dans la cavité abdominale et qu'il n'y a d'adhérences qu'avec des tractus membraneux qui vont se perdre dans l'excavation. Ces tractus s'insèrent sur la tête, la jambe et le pied gauches. On procède avec lenteur à l'extraction en détruisant facilement les adhérences sans produire aucune hémorrhagie.

Le fœtus pesant 580 gr. n'était plus relié au placenta par le cordon. Ce dernier avait disparu.

La main réintroduite alla à la recherche soit du kyste fœtal soit du placenta, mais ne rencontra qu'une masse considérable remplissant toute la partie gauche de l'excavation. Cette masse placentaire pesant 450 gr. fut enlevée avec la main sans produire d'hémorrhagie.

Quelques ligatures furent appliquées sur de minces pédicules membraneux ; la cavité pelvienne fut nettoyée avec des éponges. De la gaze iodoformée fut introduite jusqu'au fond du bassin, la plaie abdominale fut suturée dans ses 2/3 supérieurs et un pansement compressif fut appliqué. L'opération dura 40 minutes. Les suites opératoires furent des plus simples. Un seul jour, le troi-

sième, la température atteignit 38°. La gaze iodoformée fut retirée le 11 février c'est-à-dire le 6e jour après l'opération et remplacée par un petit tube à drainage et le 28 février, 24 jours après l'opération, la cicatrisation était complète et la femme se levait.

Le 14 mars, jour de son départ, on constatait qu'il n'y avait plus trace d'induration dans le petit bassin.

REMARQUES. — Cette observation est extrêmement intéressante puisqu'elle montre que le kyste fœtal peut se rompre sans déterminer ni hémorrhagie ni péritonite.

Elle prouve aussi la tolérance de l'intestin en rapport avec un liquide amniotique normal et un fœtus simplement macéré. L'action absorbante des cellules du péritoine est ici manifeste puisque les parois du kyste avaient presque disparu ainsi que le cordon ombilical.

Il faut encore remarquer la facilité et l'innocuité de l'extraction immédiate du placenta qui ne fut suivie d'aucune hémorrhagie.

C'est sur les instances de mon excellent ami et collègue le Dr Segond que fut décidée cette extraction immédiate qui n'était pas sans m'effrayer quelque peu. Ce n'est pas, du reste, la seule fois que j'aie eu à me louer de sa précieuse collaboration.

OBS. XI. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 7e mois. — Laparotomie. — Guérison.*

Cl..., âgée de 28 ans, primipare, mariée depuis deux ans. Pas d'antécédents héréditaires. Ne sait à quel âge elle a marché. Pas d'antécédents pathologiques.

Elle a été réglée à onze ans ; depuis cette époque, elle a été régulièrement réglée (quatre ou cinq jours) mais avec douleurs le premier jour pendant deux ou trois heures.

Ses dernières règles ont, dit-elle, eu lieu du 16 au 20 août 1891 ; mais les dernières règles sont probablement du 25 ou 26 juin car il n'y a pas eu de menstruation au mois de juillet. Au mois de juillet, en présence de ce retard, elle se croit enceinte bien qu'elle n'éprouve

aucun phénomène sympathique. Pas de douleurs pelviennes ni de compression.

A l'époque où les règles ont manqué (26 juillet) la malade a assisté à l'accident de St-Mandé.

Les dernières règles (?) du 10 au 20 août se sont montrées comme d'habitude, même quantité, même coloration, même durée. Le 22 août l'écoulement de sang ayant complètement cessé, vers 6 h. du soir, Cl... a ressenti des douleurs dans la région lombaire, douleurs qui ont irradié bientôt dans l'abdomen en descendant vers le petit bassin et qui ont nécessité immédiatement le repos au lit. Ces douleurs allaient en augmentant d'intensité et elles revêtaient la forme de brûlures avec sensation de constriction. La palpation du ventre était extrêmement pénible. Vers 9 h. du soir, il se produisit une rémission notable. Le lendemain, nouvelle crise, exigeant encore le repos au lit, moins forte que celle de la veille, et ne durant que deux heures. En dehors des crises, simple courbature, pas de phénomènes pathologiques.

Le 27 août, à la suite d'efforts pour aller à la garde-robe, nouvelle crise compliquée d'une lipothymie assez prolongée (1/2 heure). Un médecin appelé ordonna une piqûre de morphine. Vomissements muqueux. Cl..., fut obligée de garder le lit pendant une quinzaine de jours, à cause de la fatigue qu'elle éprouvait, (lassitude, faiblesse générale, brisure de jambes). Elle peut ensuite, reprendre son travail et se porte bien jusqu'au 7 octobre.

De temps en temps, cependant, elle éprouvait des élancements dans la région hypogastrique, surtout à gauche, et elle avait à ce niveau une sensation de pesanteur continuelle. La défécation était très douloureuse et les besoins d'uriner très fréquents. Il n'existait pas de troubles digestifs et l'appétit était satisfaisant.

Le 7 octobre, crise douloureuse beaucoup moins violente que les précédentes, mais persistant le lendemain et le surlendemain. Piqûre de morphine. Cl... fut obligée de garder le lit, et le 12 octobre, elle eut une autre attaque très vive avec tendance à la syncope. Les jours suivants, sensation de serrement dans l'abdomen.

Au commencement de novembre, elle a ressenti une douleur plus vive, et elle a commencé à perdre du sang en petite quantité et ayant la même coloration que le sang menstruel. Pas de caillots. Le médecin parlait de fausse couche.

Vers le 10, elle expulsa sans effort et sans augmentation de l'hémorrhagie « des débris de membranes en petite quantité ». Le médecin prescrivit un bain. Il appela en consultation un confrère qui conseilla « de ne pas pratiquer l'avortement par crainte de complications péritonitiques ». Ils ont discuté la grossesse extra-utérine et paraissent avoir pensé plutôt à la rétroversion de l'utérus gravide. Repos absolu. Injections antiseptiques très chaudes.

Vers le milieu de décembre, les phénomènes douloureux ont disparu. La malade se levait de son lit, mais ne pouvait marcher que très peu et se fatiguait très facilement. Elle perdait continuellement un liquide de couleur rousse, d'abondance variable. Aucune douleur.

Cependant, son ventre avait augmenté de volume, surtout aux dépens de la portion latérale gauche. Dans le décubitus latéral gauche, il tombait tout de ce côté où il existait une tumeur arrondie, régulière, s'élevant jusqu'au niveau de l'ombilic. L'amaigrissement n'était pas très prononcé, mais la faiblesse toujours grande.

Mêmes symptômes pendant les mois de janvier et février 1892. A partir du 22 février, elle a perdu pendant 4 ou 5 jours du sang rouge sans caillots.

Pas de douleurs. Depuis cette époque, aucun phénomène douloureux, aucune perte de sang.

La malade a senti remuer pendant trois semaines dans le courant de février; l'enfant a cessé de remuer quelques jours après la cessation de l'hémorrhagie de février; le ventre est alors tombé rapidement ainsi que les seins. Il ne semble pas qu'il y ait eu de fluxion mammaire après la mort du fœtus. Ne souffre plus depuis janvier.

Le 20 mars, dans la nuit, commence à perdre du sang en petite quantité.

A son entrée dans le service, le 20 mars, on trouve cette femme bien conformée; elle ne présente pas d'œdème des jambes, mais simplement quelques varicosités. La pression des seins fait sourdre quelques gouttes de colostrum; légère pigmentation de l'aréole; ligne brune du ventre assez marquée; ventre irrégulièrement développé, saillant, surtout du côté gauche. Au-dessous de l'ombilic, plaques pigmentées à gauche et à droite, traces de vésicatoires appliqués le 27 août. Vergetures marquées à la partie

supérieure et externe des cuisses. Les parois abdominales sont minces, se déplacent aisément dans tous les points. Matité remontant sur la ligne médiane à un travers de main au-dessus de la symphyse pubienne, dépassant à droite la ligne médiane de deux travers de doigt, et à gauche d'un travers de main ; le bord supérieur de cette tumeur remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Nulle part on ne perçoit de crépitation péritonitique. Palper douloureux, surtout à gauche. La tumeur donne la sensation d'un kyste bien tendu dans lequel il est impossible de percevoir le moindre ballottement. Cette tumeur n'a aucune mobilité ; elle a l'apparence d'un utérus gravide de quatre mois en latéroversion gauche. Pas de coloration particulière des organes génitaux externes, vaginisme. Par le toucher et le palper combinés, on sent à la partie inférieure droite de la grosse tumeur que nous venons de décrire, une sorte d'annexe qui est le corps de l'utérus hypertrophié, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis droit et paraissant faire corps avec la tumeur.

Le cul-de-sac latéral gauche postérieur est occupé par le pôle inférieur de la tumeur.

Plusieurs jours avant l'opération, on donne à la malade du naphtol et du cascara, un purgatif et un grand bain.

Opération, le 1er avril 1892. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane ; incision du kyste fœtal ; suture à la soie des parois du kyste à la paroi abdominale. Incision du placenta qui se trouve inséré sur la face antérieure du kyste et extraction d'un fœtus macéré de 290 gr.

Le placenta est laissé dans le kyste ; on nettoie le kyste avec des éponges trempées dans la solution phéniquée au 1/20 et on applique le pansement.

M. Pinard ne put faire qu'une petite incision du kyste en raison d'une anse intestinale qui passait en cravate au devant de celui-ci et qui présentait des adhérences qui ne purent être détruites. Il put cependant, en pratiquant des tractions très douces et lentes, extraire le fœtus après avoir mis un point de suture pour empêcher l'incision de s'agrandir et de léser l'anse intestinale.

10 avril. Pour la première fois depuis l'opération, c'est-à-dire 10 jours après, M. Pinard fait le pansement, les bords de la plaie sont d'un rouge vif, normal. M. Pinard enlève la gaze iodoformée qui se trouve dans le kyste et remarque que le cordon ombilical a

contracté des adhérences avec ce dernier, adhérences qu'il détruit. Il remplace la gaze iodoformée et ne fait aucune tentative pour décoller le placenta. Température normale.

Le 17. Quantité de pus assez considérable sortant du kyste, sans odeur. Nouveau pansement, température normale.

Le 18, matin. M. Pinard veut pratiquer la délivrance artificielle. Il ne parvient à extraire que 60 gr. de placenta, mais il décolle l'autre partie qui reste adhérente encore par une petite portion et laisse les choses en état.

Lavage à l'eau naphtolée. Pansement.

Le 19. M. Pinard ne peut retirer que quelques petits fragments de placenta (40 gr.). Deux pansements par jour.

Le 21. 20 gr. de placenta.

Le 24. 60 gr. —

Le 26. 30 gr. —

Le 30. 60 gr. —

Tout le placenta est extrait. On sent nettement les parois lisses du kyste. Deux pansements par jour. Le premier jet de liquide est trouble.

Sortie le 29 mai, ayant encore un petit trajet fistuleux duquel il ne sort rien.

Remarques. — Cette observation est surtout intéressante parce qu'elle montre une fois de plus (voyez obs. VI) l'existence d'anses intestinales passant en fronde sur la face antérieure du kyste fœtal.

Obs. XII. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au septième mois. Rupture du kyste. Fœtus à nu dans la cavité abdominale. — Laparotomie. Guérison.*

Mme X..., âgée de 32 ans, ne présente aucun antécédent héréditaire important : son père est vivant ; sa mère est morte à 68 ans, ayant eu huit enfants dont deux jumeaux.

Parmi les trois sœurs de la malade, deux n'ont pas eu de grossesse ; la troisième a eu dix enfants.

Élevée au sein par sa mère, Mme X... a marché à 18 mois et n'a fait aucune maladie grave dans l'enfance. A 23 ans elle aurait eu une « fièvre muqueuse ».

La menstruation s'est établie vers la treizième année, d'une fa-

çon régulière, sans grandes douleurs. L'écoulement sanguin dure habituellement trois jours, sans s'accompagner jamais de douleurs ni de caillots sanguins. Pas d'écoulement leucorrhéique dans l'intervalle des règles.

Mariée à 25 ans, cette jeune femme, n'ayant pas de grossesse, alla consulter M. Pinard en novembre 1886, pour savoir quelle était la cause de cette absence de grossesse. M. Pinard lui répondit que la conception était parfaitement possible sans aucun traitement spécial.

La malade devint enceinte l'année suivante ; les règles apparurent pour la dernière fois le 29 août 1887. La grossesse ne fut marquée par aucun incident, l'accouchement eut lieu à terme à la suite d'un travail qui dura 27 heures ; le fœtus se présentait par le siège complet et succomba pendant l'extraction faite avec le forceps appliqué sur le siège. L'enfant, du sexe féminin, n'a pas été pesé, mais était très gros et mesurait 56 cent. de longueur. Les suites de couches ont été bonnes ; les règles ont reparu deux mois après l'accouchement ; depuis cette époque la menstruation a été régulière, peu abondante et d'une durée de deux jours chaque mois.

La santé est restée bonne ; il n'y a guère à noter qu'un certain amaigrissement. La malade a maigri en effet de plus de 10 kilog. pendant les 3 ou 4 années qui ont suivi ce premier accouchement.

En 1891, la malade a ses règles comme à l'ordinaire le 12 mai ; elle ne perd pas de sang dans le mois de juin, ne ressent aucune douleur, mais éprouve des phénomènes sympathiques de la grossesse (nausées, vomissements, dégoût pour certains aliments et boissons, etc.). Le 13 juillet cette jeune femme ressent des douleurs dans le bas-ventre, douleurs extrêmement vives, qui ressemblent aux douleurs de l'accouchement ; ces douleurs sont survenues brusquement et avec une intensité très marquée. La sage-femme qui soigne la malade, Mme Largeot, est appelée, pense qu'il s'agit d'un avortement imminent et administre plusieurs lavements laudanisés ; ce qui n'empêche pas qu'au bout de 48 heures du sang apparaît, sang rouge, mêlé de quelques caillots ; cet écoulement, qui s'accompagne de douleurs, est bientôt suivi (le 20 juillet) de l'expulsion « d'une caduque complète sans embryon qui reproduisait à merveille le moule de la cavité utérine ». La sage-femme n'avait jamais vu, dit-elle, « de délivrance aussi bien formée dans un avortement ». Lorsque cette expulsion fut faite, la malade per-

dit moins de sang et put se lever le 8 août. L'écoulement sanguin fut moins abondant que dans une fausse couche ordinaire. A cette époque la sage-femme était convaincue que l'avortement avait eu lieu et qu'il n'y avait plus de grossesse.

Mme X... quitte Paris le 15 août pour se rendre au bord de la mer ; à la suite du voyage en chemin de fer, elle souffre un peu du ventre et est obligée de prendre le lit en arrivant. Cependant pendant son séjour, elle peut faire quelques courses ; mais après chaque excursion, elle éprouve quelques douleurs dans le bas-ventre. Elle rentre à Paris le 1er septembre, souffrant très peu du ventre ; c'est seulement le 25 septembre que, continuant à ressentir quelques malaises sympathiques de la grossesse (en particulier un dégoût marqué pour le cidre), elle consulte à nouveau Mme Largeot ; les règles ne sont pas venues en septembre et la malade pense qu'il s'agit d'une seconde grossesse. Mme Largeot en examinant, est surprise de trouver un gros utérus, débordant notablement la symphyse pubienne, et conclut à l'existence d'une grossesse de trois mois et demi ; « et pourtant, dit-elle, j'étais sûre d'avoir eu une délivrance de deux mois le 20 juillet ». Elle émet l'idée qu'il y avait grossesse gémellaire et que l'un des deux fœtus ayant été expulsé, l'autre a continué à se développer.

La grossesse évolue normalement en apparence ; la femme perçoit les mouvements actifs le 20 octobre et les a perçus d'une manière très nette jusqu'au 24 novembre. Le 20 novembre, elle perd un peu de sang et se met au lit, éprouvant d'ailleurs quelques douleurs dans le ventre. Le 25 novembre, en raison du froid, on allume un poêle Choubersky dans sa chambre ; il s'éteint dans la nuit en répandant une assez mauvaise odeur ; on le rallume dans la journée du 26 novembre ; le soir, à 8 heures, la malade, qui était restée toute la journée dans son lit, est prise, en mangeant le potage, d'une syncope, puis de douleurs extrêmement vives dans le ventre et de vomissements intenses. Mme Largeot, appelée en toute hâte, arriva cinq minutes après le début de la crise ; la malade souffrait dans le ventre et criait à tel point qu'on l'entendait du bas de l'escalier : « Déjà, il n'y avait plus de pouls, le facies était défiguré comme dans la péritonite aiguë, les yeux tournés et vitreux, les membres froids ; elle criait et vomissait sans interruption et je puis dire que je n'ai jamais vu pareille crise. »

Le médecin de la famille, Le Dr J..., que l'on était allé chercher en même temps que la sage-femme, arriva peu de temps après ; tous deux, jugeant la situation grave, craignant une intoxication par l'oxyde de carbone, demandèrent une consultation pour le soir même. Un accoucheur de profession examina la malade, entendit les battements du cœur fœtal et « conclut à un embarras gastrique avec constipation et conseilla de donner des lavements et de la purger plusieurs jours de suite ». Une piqûre de morphine fut faite dans la soirée par le Dr J..., qui s'assura d'abord que l'urine ne contenait pas d'albumine. C'est seulement après cette piqûre et cinq heures après le début de la crise que la malade recouvra un peu de calme, que le pouls redevint perceptible et que la malade se réchauffa. Les douleurs s'étaient un peu calmées, mais étaient surtout localisées dans la partie supérieure du ventre et du côté gauche. Irradiations douloureuses de chaque côté de la poitrine, « à huit heures du matin le pouls était à 140, la température était de 41°. Le Dr J..., croyant, en raison des douleurs vives, à une crise de colique hépatique, demanda en consultation un médecin des hôpitaux qui vint vers dix heures du matin ; après examen de la malade, il conclut à l'existence d'une colique hépatique, entendit les bruits du cœur, les compta même et émit l'idée que la grossesse était plus avancée qu'on ne le supposait ; il émit un pronostic favorable au point de vue de la marche de la grossesse.

La malade continua à souffrir beaucoup pendant toute la journée du 27 ; les vomissements bilieux persistèrent pendant trois ou quatre jours. Des injections de morphine furent pratiquées tant que durèrent les phénomènes douloureux ; le pouls resta à 120 pendant plus de trois semaines et la température se maintint entre 39° et 40°. La malade n'eut de rétention d'urine que pendant quelques heures ; le cathétérisme ne fut pratiqué qu'une fois. L'intestin fonctionna toujours régulièrement. Peu à peu la température revint à la normale ; le pouls resta petit et rapide jusqu'à la fin de janvier.

En décembre la femme n'éprouvait guère d'autre malaise qu'une certaine difficulté pour se mettre sur le côté gauche.

A partir du 24 décembre, la malade commença à perdre, d'une façon intermittente, par les organes génitaux un liquide couleur chocolat ; cet écoulement dura jusqu'au 27 janvier. Peu à peu

'état de la malade s'améliora; elle put se lever le 7 février et commença à reprendre son train de vie ordinaire. Pendant toute la durée du séjour au lit, aucun examen n'avait été pratiqué, parce que la femme souffrait du ventre et qu'elle perdait. Le 15 février, Mme Largeot croyant l'époque du terme proche, pratique le toucher et constate qu'il n'y a pas de partie fœtale engagée.

A 6 heures du matin le 20 février, la femme, se croyant en travail, envoie chercher Mme Largeot; en arrivant, celle-ci constate que les douleurs sont précipitées, reviennent toutes les 2 ou 3 minutes, et qu'elles ont tous les caractères des douleurs de la période d'expulsion. Elle se félicite de ce que cet accouchement va durer peu de temps; la malade poussait; au grand étonnement de la sage-femme, en touchant elle constate que « le col est long et ne ressemble en rien à un col de grossesse à terme ». A midi les douleurs commencent à diminuer d'intensité pour cesser complètement vers six heures du soir.

Le 27 février, apparition des règles qui durent deux jours.

Convaincue qu'il y avait là un cas anormal, Mme Largeot fait appeler à nouveau le Dr J....; ils émettent tous deux l'hypothèse ou bien d'une grossesse utérine prolongée ou d'une grossesse ectopique et décident de m'appeler en consultation. Je vois la malade le 8 mars et, après avoir recueilli tous les commémoratifs et examiné la malade, je conclus à l'existence d'une grossesse extra-utérine avec fœtus mort. Par la percussion, j'avais délimité dans toute la partie gauche de l'abdomen, une tumeur assez régulière, remontant à un travers de main au-dessus de l'ombilic et au niveau de laquelle je sentais des parties irrégulières ressemblant à des parties fœtales. Cette tumeur n'était pas tendue; le palper en est d'ailleurs rendu assez difficile par l'épaisseur de la paroi abdominale; on arrive cependant à délimiter à droite de cette tumeur une autre saillie qui remonte à un travers de main au-dessus de la symphyse et qui semble être l'utérus. L'auscultation ne me permet d'entendre ni bruits du cœur fœtal, ni bruit de souffle. Au toucher le col se trouve à droite de la ligne médiane, est très peu ramolli; l'orifice externe est perméable. Combinant le palper au toucher, je constate que l'utérus est élevé, que c'est vraisemblablement lui qui se trouve accolé à droite de la tumeur principale. Pour éclairer le diagnostic, nous prenons rendez-vous pour soumettre le lendemain matin la malade à l'anesthésie chloroformique.

L'examen pratiqué pendant l'anesthésie, me permet de bien sentir entre les doigts l'utérus, qu'il est cependant impossible de détacher nettement de la tumeur voisine; je ne pratique ni le cathétérisme utérin, ni le cathétérisme vésical, proposant à Mme Largeot et au Dr J... de faire venir le plus rapidement possible le professeur Pinard, pour qu'il examine la malade et nous donne son avis.

La consultation a lieu le lendemain : M. Pinard affirme le diagnostic de grossesse ectopique, juge inutile de chloroformiser la malade et demande à la revoir au moment de ses prochaines règles.

La malade se porte bien; elle ne souffre pas; la température, prise régulièrement matin et soir, est normale. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Les règles apparaissent le 30 mars sans douleurs; elles durent jusqu'au 1er avril. La malade ne souffre pas du tout et continue à se promener tous les jours.

Dans le courant du mois de mars, Mme X... est allée consulter le professeur Tarnier, qui a réservé son diagnostic, demandant à examiner la malade dans son lit.

Une nouvelle consultation a lieu le 3 avril; une consultation est rédigée dans laquelle : 1° le diagnostic de grossesse extra-utérine est affirmé; 2° une opération, sans urgence, est nécessaire en raison des accidents probables et doit être faite dans le plus bref délai possible.

Sur la demande de la malade, cette opération est pratiquée par le Dr Pinard, assisté des Drs Potocki et Poupinel, en présence du professeur A. Herrgott (de Nancy). Le Dr Lepage donne le chloroforme.

Le 20 avril 1892, à 10 heures 1/4, la malade est apportée endormie à la salle d'opération; le cathétérisme de la vessie montre qu'elle remonte à 3 travers de doigt au-dessus du pubis et qu'elle est fortement déviée à gauche. Le cathéter introduit dans l'utérus pénètre à une profondeur de 9 centim. 1/2.

Après les soins antiseptiques d'usage, incision à 1 centim. à gauche de la ligne médiane; le tissu cellulaire sous-cutané est abondant et épais; quelques difficultés pour découvrir le péritoine recouvert d'une épaisse couche de graisse. L'incision cutanée est

agrandie en haut et en bas; elle remonte à hauteur de l'ombilic. La face antérieure du kyste fœtal est violacée, recouverte d'épiploon adhérent et enflammé.

Après avoir mis le plus possible à découvert la face antérieure du kyste, M. Pinard commence la suture du kyste à la partie profonde de la paroi; celle-ci est extrêmement mince et friable et se déchire très facilement. En présence de cette complication, M. Pinard incise le kyste et atteint en même temps le bras du fœtus qui est sous-jacent à l'incision. Il ne s'écoule pas de liquide. La paroi du kyste est intimement appliquée à la surface du fœtus; avec le doigt M. Pinard cherche à mobiliser un peu le fœtus, à détruire les adhérences qui existent entre lui et la paroi du kyste; il constate avec le doigt que le kyste est rompu ou plutôt que la paroi du kyste est usée en arrière et que le doigt est en contact direct avec les anses intestinales. Lorsque le fœtus est rendu suffisamment libre dans le kyste, M. Pinard amène l'un après l'autre les deux pieds et extrait ainsi peu à peu le fœtus entier. La paroi du kyste est anfractueuse, fait défaut par places; les intestins apparaissent en plusieurs points. En bas, on trouve une surface irrégulière, kystique, de coloration noirâtre, à laquelle adhère encore un débris de cordon de couleur terreuse et d'une longueur de 5 à 6 centim. : c'est le placenta qui est adhérent par sa partie interne avec l'utérus. M. Pinard le décolle peu à peu, sans grande difficulté, sans déterminer d'hémorrhagie. Il bourre ensuite la cavité kystique avec de la gaze iodoformée. Quatre points de suture profonds au fil d'argent sont appliqués à la partie supérieure de l'incision; plusieurs points de suture au crin de Florence sont faits superficiels. Pansement avec la gaze iodoformée et de l'ouate aseptique.

L'opération (anesthésie non comprise), commencée à 10 heures 30, est terminée à 11 heures 35. Sauf une légère intoxication due à l'iodoforme, les suites de l'opération furent très simples. Le 5e jour la gaze iodoformée fut retirée et remplacée par un drain. Mme S... se leva le 22e jour, ne conservant qu'une petite fistule.

Cette dame, revue le 20 juillet, a une santé parfaite. Elle ne conserve qu'une fistulette qui suinte à peine, mais qui laisse sourdre un peu de sang à l'époque des règles. L'utérus a repris sa place au centre de l'excavation où il est mobile et de volume normal.

Examen des pièces (1). — Le fœtus pèse 450 gr. et mesure 30 centim. de longueur; il est dépouillé de son épiderme sur pres-

que toute la surface du corps, sauf au niveau de la partie antérieure du thorax et de l'abdomen. Le membre supérieur gauche est complètement appliqué, accolé à la paroi thoracique. Tous les membres sont aplatis.

La tête est très inclinée sur l'épaule droite : elle est recouverte par les membranes fœtales ; au niveau de la région sous-mentonnière droite il existe une empreinte due à la pression exercée par l'épaule. La voûte crânienne est déformée, irrégulière ; les os sont très rapprochés les uns des autres et il est impossible de les déplacer. Le fœtus appartient au sexe féminin.

La masse placentaire pèse 240 gr. et présente une épaisseur de 7 centim. et une forme elliptique; sa circonférence est de 24 cent.

La surface est formée par des saillies irrégulières; sa surface fœtale est mamelonnée et présente 3 ou 4 kystes dont deux sont déjà affaissés. La partie du placenta qui était en connexion avec l'utérus offre une coloration charnue qui contraste avec celle de la partie externe moins colorée. Le cordon est grêle, de coloration grisâtre, et mesure seulement une longueur de 5 centim. ; il était en voie de résorption.

REMARQUES. — Cette observation rappelle jusqu'à un certain point l'observation IX, puisque dans l'un et l'autre cas, le kyste fœtal fut trouvé rompu et le fœtus à peu près libre dans la cavité abdominale. Il existe cependant ici une différence consistant dans les accidents qui ont probablement coïncidé avec la rupture du kyste et qui ont rendu ici le diagnostic difficile à ce moment et pendant les jours qui ont suivi.

L'extraction du placenta eut lieu sans hémorrhagie comme dans l'observation IX, mais il faut remarquer que le fœtus, dans les deux cas, était mort depuis au moins trois mois.

Enfin, en terminant, il faut noter comme particularité intéressante l'apparition du sang au moment des règles, au niveau de la fistule minuscule qui existe encore trois mois après l'opération.

---

(1) Ces pièces ont été montrées par le Dr LEPAGE à la séance du *Congrès obstétrical* du 25 avril 1892.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Sans relever ici toutes les particularités de ces observations, je suis autorisé, je pense, à présenter les conclusions suivantes :

1° Au point de vue de l'étiologie, si dans quelques cas une maladie antérieure de l'appareil génital a été observée, rien de semblable n'a été noté dans les autres.

2° Les premiers accidents et les troubles fonctionnels ont débuté dans toutes les observations dès la fin du premier mois

3° Ces accidents ont été constitués par des phénomènes péritonitiques et des troubles fonctionnels du côté de l'intestin et de la vessie.

4° L'expulsion d'une caduque a manqué dans la plupart des cas.

5° Les règles sont toujours supprimées pendant la grossesse extra-utérine et ne reparaissent que deux ou trois mois après la mort du fœtus

6° Les rapports de l'utérus avec le kyste fœtal sont absolument variables ; si l'utérus est le plus souvent repoussé en avant, on peut le rencontrer en arrière, sur les côtés et même il peut, comme le prouve une de mes observations, ne pas être déplacé et rester au centre de l'excavation.

7° Les fœtus meurent souvent avant leur complet développement puisqu'une seule fois le fœtus fut trouvé avec un poids normal.

8° Le kyste fœtal, le plus souvent immobilisé par des adhérences dans la cavité abdominale, peut être mobile comme dans mon observation V. Il peut même, fait sur lequel j'insiste, car je ne l'ai vu noté nulle part, présenter des contractions aussi fréquentes et aussi énergiques que l'utérus.

9° Le kyste fœtal peut être entouré par des anses intestinales passant en avant et tellement adhérentes qu'on ne puisse les décoller (obs. VI et XI).

10° Le kyste fœtal présente toujours deux loges, l'une fœtale, l'autre placentaire, pouvant se rompre séparément.

11° Quelquefois la loge fœtale peut être bilobée, présenter des étranglements et rendre l'extraction du fœtus difficile ou impossible, comme le montre la VII° observation.

12° Le kyste fœtal dans certains cas, par ses rapports avec le bassin, la vessie et l'utérus, est plus facilement accessible par la voie vaginale que par la voie abdominale. Ce sont ces dispositions qui doivent imposer soit l'élytrotomie, soit la laparotomie.

13° Ces observations montrent les dangers que peut offrir la méthode qui consiste à vouloir toujours enlever le kyste et, au contraire, les avantages de l'*extériorisation simple du kyste.*

14° Elles mettent en évidence ce fait que, dès que la membrane granuleuse apparaît à la face interne du kyste on peut et on doit pratiquer la délivrance artificielle.

15° Les observations X et XII sont des exemples bien nets de la rupture du kyste à une époque avancée de la grossesse sans production d'hémorrhagie ni de péritonite et de la tolérance des intestins en rapport avec un fœtus à nu dans la cavité abdominale. Elles semblent prouver également qu'après le 3° mois qui suit la mort du fœtus, on peut procéder sans danger à l'extraction immédiate du placenta.

16° L'observation VI doit appeler l'attention sur les accidents graves qui peuvent se montrer quelques jours après la mort du fœtus.

17° Enfin, toutes ces observations mettent en relief, je pense, les grands bénéfices que l'on peut retirer d'une intervention judicieuse dans le cas de grossesse extra-utérine puisque, rassemblant les observations qui précèdent et celles publiées antérieurement (1) j'ai le tableau ci-dessous qui donne sur 12 femmes opérées 11 femmes guéries. La seule femme qui ait succombé a été opérée in extremis.

(1) Voyez *Annales de gynécologie*, avril 1889.

12 cas de grossesse extra-utérine ayant été opérés après le 6e mois, le fœtus étant mort.

Nos D'ORDRE	DATES	PRIMIPARES	MULTIPARES	AGE DE LA GROSSESSE	DURÉE DE LA RÉTENTION DU FŒTUS MORT	OPÉRATION	POIDS DU FŒTUS	GUÉRISON	MORT
1	21 juillet 83	....	3	9 mois	2 mois	Élytrotomie	?	1	
2	23 juin 88	....	2	Id.	1 mois	Laparotomie	2300 gr.	1	
3	9 février 89	....	2	Id.	2 m. 1/2	Id.	2300 —	1	
4	30 juillet 89	....	3	Id.	3 mois	Id.	2200 —	1	
5	22 octobre 89	1	....	8 mois	9 mois	Id.	1520 —	1	
6	3 décembre 89	1	....	6 mois	12 jours	Laparotomie in extremis	950 —	....	1
7	4 décembre 89	....	2	Id.	2 mois	Laparotomie	?	1	
8	25 janvier 90	....	3	Id.	3 mois	Élytrotomie	1180 —	1	
9	12 novembre 90	1	....	8 mois	7 semaines	Laparotomie	3220 —	1	
10	4 février 91	....	3	6 mois	3 mois	Id.	580 —	1	
11	1er avril 92	1	....	7 mois	2 mois	Id.	290 —	1	
12	20 avril 92	....	2	Id.	4 mois	Id.	450 —	1	

LA KINÉSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE *(Fin)* (1)

TRAITEMENT SUÉDOIS DES MALADIES DES FEMMES

(Méthode de Th. Brandt.)

Par **H. Stapfer**, ex-chef de clinique obstétricale de la Faculté de Paris, chargé de mission en Suède, 1891.

EXPLORATION

Je considère la position de main de Brandt comme une véritable trouvaille. Je ne sache pas que d'autres l'aient imaginée, ou du moins l'aient décrite avant lui. En tous cas elle n'est pas classique. Elle mérite de le devenir, pour l'exploration gynécologique. Au premier essai, comme toute chose nouvelle elle paraît incommode; **il faut s'y habituer.** *Alors on constate sa supériorité.*

J'ai raconté comment les médecins allemands à Iéna avaient été surpris de voir à quelle précision de diagnostic Brandt parvenait sans employer la narcose. Le fait mérite réflexion. *Ce n'est pas seulement par la position de la main, par l'habileté, par la patience et la douceur que Brandt arrive à ce résultat* : **c'est par un certain degré de massage**, sur lequel j'insisterai et qui accompagne toute exploration. Il a pour effet d'atténuer puis de supprimer la douleur ou, en tous cas, les hyperesthésies gênantes, et de vaincre les résistances. Alors pourquoi employer le chloroforme ? Pour aller vite ? La rapidité du diagnostic n'a, d'ordinaire, aucune utilité et n'est pas toujours possible dans le genre d'affections que vise le traitement. Donc il vaut mieux ne pas employer la narcose qui souvent ne hâterait rien, et qui peut supprimer d'utiles éléments de diagnostic.

La force est formellement exclue de toute bonne exploration gynécologique ou obstétricale. Il est un axiome de mécanique que j'ai métamorphosé pour mon usage d'accoucheur

(1) Voir *Annales de gynécologie*, août 1892, p. 81.

et dont l'étude du traitement suédois me fait encore plus apprécier la justesse. Cet axiome est le suivant : *ce que l'on gagne en force on le perd en finesse*. Douceur, patience, longueur de temps, au besoin massage préparatoire, tels sont les moyens qui permettent de vaincre les résistances. Il n'y a guère que les difficultés dues aux épaisseurs adipeuses dont on ne vienne pas à bout.

L'examen se fait : 1° dans la station verticale ; 2° dans le décubitus. *Le médecin est toujours assis*.

Je n'ai pas à décrire ici les précautions d'usage, en particulier les soins germicides. Le médecin sera particulièrement exigeant pour lui-même (1), et j'insiste sur une petite mais excellente mesure préventive. Il ne se contentera pas de tremper son index dans le pot de vaseline et de l'introduire immédiatement dans les cavités, laissant au corps gras antiseptique la liberté de se répandre au hasard et inégalement sur la peau. Il l'oindra soigneusement, de la pulpe à la racine et au delà de la racine, en frottant avec un doigt de l'autre main pour imprégner les sillons et faire pénétrer la graisse dans les sillons et les orifices glandulaires. De cette façon il se désinfectera plus facilement par les lavages, après contact de produits septiques ; les malades en bénéficieront et lui-même évitera les folliculites (2).

J'ai dit que l'examen se faisait *d'abord dans la station verticale*. Donc la femme est debout, habillée, mais *le cor-*

(1) J'emploie soit la solution de biiodure ioduré en usage à la clinique Baudelocque, soit la solution de sublimé, chlorure de sodium, sulfate de cuivre et acide tartrique qui est toute préparée dans le commerce sous le nom de chlorol marye ; mais j'ajoute à l'une ou à l'autre de la glycérine pour empêcher le dessèchement de la peau et les excoriations.

(2) J'ai eu l'occasion dans un article de l'*Union* (24 mars 1891), en décrivant l'antisepsie de la femme enceinte, parturiente et accouchée, de montrer combien il était difficile d'aseptiser le doigt après contact de matières infectieuses, et par quelles précautions on pouvait le purifier promptement. Le petit moyen que j'indique ici, et qui n'est pas nouveau, puisqu'on le recommandait jadis pour préserver des virus syphilitiques, est certainement l'un des plus sûrs et des plus simples.

sage et le corset dégrafés jusqu'en haut, les jupes dénouées et lâches. Elle doit respirer à l'aise. De la main droite elle tient ses jupes, la gauche s'appuie sur l'épaule droite du médecin assis devant elle, et lui transmettra les impressions douloureuses qui seraient ressenties au cours de l'exploration.

C'est avec la main gauche que le médecin touche. Il a graissé non seulement l'index, de la façon que j'ai décrite, mais le bord radial du médius, le pouce et les plis interdigitaux correspondants. Son bras étant passé sous les jupes, l'index pénètre dans le vagin. Tous les doigts sont dans l'extension ; le médius loge son bord radial dans le sillon interfessier, l'annulaire et l'auriculaire embrassent la convexité de la fesse gauche, le pouce est à un centimètre environ du vestibule, le bord cubital de l'index déprime la commissure postérieure. **Cette position de la main est la même pour l'exploration et le massage**. J'ai insisté sur ses avantages, et j'ajoute qu'elle épargne aux femmes les douleurs que cause une forte pression de l'angle de flexion des trois derniers doigts fléchis et fermés dans la paume, suivant l'ordinaire coutume.

De sa main droite qui est libre le médecin soutient la région lombo-sacrée.

Au toucher vaginal succède le toucher rectal qui permet d'explorer la presque totalité de la face postérieure de l'utérus, les replis de Douglas, le sacrum, les parties latérales du bassin et de percevoir les ovaires disloqués ou adhérents, les trompes prolabées qu'on ne saisirait pas par une autre voie. On combine aussi avec avantage le toucher rectal au toucher vaginal dans certains cas, l'index et le pouce étant introduits simultanément, celui-ci dans le vagin, celui-là dans le rectum. Le toucher vaginal et rectal simples ou combinés, dans la station debout, alors que les viscères et les mouvements respiratoires exercent leur pression ordinaire sur les organes, est un utile appoint à la palpation bimanuelle.

Celle-ci est vagino-abdominale ou recto-abdominale, ou vagino-recto-abdominale.

Elle se pratique dans le décubitus dorsal ; mais non dans le décubitus dorsal à plat. La situation de la femme est exactement celle d'une parturiente à l'heure d'expulsion, quand le dos n'est pas horizontal, mais un peu relevé par des oreillers. L'inclinaison du dos doit être telle que le paquet intestinal ne soit pas entraîné dans le pelvis par la pesanteur, et puisse être refoulé avec la main vers le haut de la cavité abdominale ; en un mot, juste ce qu'il faut pour rapprocher les côtes du bassin et relâcher la sangle musculaire. Pour obtenir le maximum du relâchement, le médecin ne négligera aucun moyen. Tel est la latéroflexion du tronc avec inclinaison de la tête du même côté. Cette attitude détend les obliques, et facilite l'examen du ligament large sous-jacent (conseil de Brandt). Notre vieille coutume française de faire placer en arrière des ischions, sous le sacrum, les poings fermés et verticaux de la malade, rend à mon avis un signalé service dans la pratique de la méthode suédoise. Pour épargner la fatigue on peut les remplacer par un coussin dur.

Donc la femme est étendue dans la situation dépeinte, sur une chaise longue sans bras, à dossier incliné, très ferme, les jambes et les cuisses à demi fléchies, en légère abduction. Détente absolue de tout le corps. On l'obtient presque toujours, même chez les nerveuses, *à force de patience*, par l'attitude, l'accoutumance et le massage préparatoire.

Le médecin, toujours assis sur son tabouret, contre la chaise longue, du côté gauche, vis-à-vis des hanches et des cuisses de la malade, un peu plus haut, un peu plus bas, selon nécessité, les jambes écartées pour se rapprocher davantage, mais, avant tout, commodément installé ; le médecin, dis-je, passant l'avant-bras gauche sous la cuisse gauche de la femme, introduit **un seul doigt**, l'index gauche, dans le vagin et place sa main dans la position à laquelle restera attaché le nom de position de Brandt.

Beaucoup de médecins, surtout à l'étranger, ont l'habitude de faire l'exploration interne avec l'index et le médius. Ils croient gagner ainsi 1 cent. de longueur. Leur illusion est certaine, s'ils placent la main dans la position de Brandt, parce que l'écart entre le médius et l'annulaire est d'ordinaire moindre qu'entre l'index et le médius. S'ils emploient la méthode commune, ils gagnent moins en réalité qu'en apparence, parce que la flexion énergique, isolée, du petit doigt et de l'annulaire est plus difficile à maintenir que la flexion du petit doigt de l'annulaire et du médius réunis, et en tous cas l'effort nécessaire et le fait seul de la réunion des deux doigts enlèvent au tact de sa finesse. De plus, comme le fait remarquer Brandt, avec deux doigts on élargit le vagin et à travers sa voûte tendue les sensations perçues sont moins nettes.

Pendant l'exploration bimanuelle comme pendant le toucher simple, la femme conserve tous ses vêtements, flottants et lâches. La main libre de l'opérateur se pose à nu sur le ventre, qu'il est inutile de découvrir. Cette main libre est la main droite. Je me suis demandé s'il n'y aurait pas avantage à se servir alternativement de l'une et de l'autre comme nous le faisons en obstétrique, l'index gauche explorant mieux la moitié droite du pelvis et l'index droit la moitié gauche. J'ai essayé, je n'ai pas réussi. Il faudrait que le bras gauche fût aussi fort que le droit.

Je dis fort; je devrais dire habile, puisque je parle en ce moment de l'exploration. *Dans le massage il faut quelquefois employer la force bien réglée : jamais dans l'exploration, qui est œuvre de dextérité.* Si l'index qui touche ne pénètre pas assez loin, s'il perd constamment et peu à peu du terrain par l'élasticité et l'épaisseur des tissus qui repoussent le pli interdigital du médius et de l'index, on fixera le coude en l'appuyant sur la cuisse gauche. On supprimera ainsi, on diminuera l'effort qui nuit à la délicatesse des sensations. De même avec la main extérieure, celle qui palpe, on ne doit pas déprimer d'emblée et rapidement les tissus, mais lentement, progressivement et en les faisant trembloter.

Si on ne réussit pas, si la malade ne sait pas ou ne peut pas respirer posément, si elle tend ses muscles abdominaux. et surtout si elle souffre, on accoutume en une ou plusieurs séances quotidiennes mais courtes, cette paroi rebelle dont la pression exagère la contraction ou la souffrance, et par degrés on arrive au but. On n'échoue d'ordinaire que faute de patience ou si l'adiposité est trop grande ; cependant certaines malades arrivent difficilement à respirer avec le calme indispensable, ou peut-être ont les mouvements diaphragmatiques plus accentués qu'ils ne sont d'ordinaire chez la femme.

On explore successivement l'utérus, le paramètre et les organes y contenus. L'opérateur aura toujours présent à l'esprit un criterium, celui des organes normaux de la femme adulte, nulli, uni et multipare, situation, volume, consistance, mobilité, élasticité, sensibilité de l'utérus, des ovaires, des trompes et *de tous les ligaments.* Nos traités de gynécologie donnent de ce criterium une description plus ou moins exacte. Il serait impardonnable de ne pas songer avant tout à la grossesse, et, en cas de doute, de ne pas s'abstenir jusqu'à éclaircissement. Rien ne doit échapper. **Pas de bon traitement sans un diagnostic complet**; mais le diagnostic ne sera pas toujours complet d'emblée, soit parce que la malade aura d'involontaires résistances, soit parce qu'elle souffrira réellement, soit parce que les organes plus ou moins déplacés, seront adhérents ou emprisonnés dans des exsudats qui en masqueront la forme et les rapports.

Que l'on saisisse bien ma pensée. Il faut un diagnostic complet et précis pour mener à fond et à bien le traitement. Exploration et traitement exigent et développent la délicatesse et la sûreté de mains ; l'opérateur doit arriver à savoir exactement ce qu'il tient entre les doigts, la forme, la place, le genre de fixation de l'utérus et des organes annexés, la part que chacun prend à ces tumeurs chroniques ou subaiguës qu'on englobe sous le nom générique de paramétrites, exsudats, péri-métro-salpingites, oopho-

ro-salpingites, lympho-adénites, comme elles englobent elles-mêmes les organes génitaux en totalité ou en partie ; mais on ne débrouille pas le chaos en une fois. Plusieurs explorations sont parfois nécessaires, *et une ébauche de traitement*. Prudence et patience. Ne pas aller au hasard et toujours débuter par ce que j'appelle massage préparatoire analgésique. Il importe d'insister sur les effets calmants, de la méthode Suédoise et de les bien mettre en lumière. Aussi est-ce par les préliminaires analgésiques que j'aborde l'étude du massage.

MASSAGE

Massage analgésique préparatoire. — La femme étant dans la même situation que pour l'exploration bimanuelle, le médecin assis, prend la position de Brandt, fixe et immobilise la pulpe de l'index dans un cul-de-sac ou sur la paroi rectale, *non pas sur le point le plus douloureux, mais à côté :* puis de la main libre, avec le plat des quatre phalangettes, il exécute sur la partie correspondante de l'abdomen, *non pas sur le point le plus douloureux, mais à côté, tout autour*, en remontant toujours dans le sens des courants lymphatiques et sanguins, et en restant quelques secondes à la même place, des petites frictions circulaires dans lesquelles la peau et les tissus se meuvent. Le doigt intérieur suit de son mieux la main extérieure. Le coude droit de l'opérateur tremblote continuellement. Voilà pourquoi j'ai appelé ces frictions tremblotantes. La force est nulle pour commencer et n'est augmentée que par degrés en une ou plusieurs séances, à mesure que l'analgésie se montre. On surveille attentivement le visage de la malade. S'il y a des femmes hyperesthésiques, il en est qui sont dures au mal. Qu'une douleur vive se lise sur les traits, aussitôt la main se déplace, se fait plus légère, ou s'arrête, pour reprendre un instant après. On n'échoue, je le rappelle, que faute de patience, et c'est par degrés qu'on arrive au but. Il est utile de temps en temps, quand on sent la paroi se contracter ou quand les

ligaments utérins sont roidis, d'exercer, la main posée à plat, l'avant-bras tendu, le carpe creusant avec une force continue, mais contenue, la sangle abdominale, une pression accompagnée d'une vibration presque invisible du poignet. Ne jamais ôter brusquement la main. Il est indispensable que la digestion soit faite, ou du moins qu'il n'y ait pas de tympanisme. J'ai dit que cette précaution était une règle générale du traitement.

Massage curatif. *Généralités.* — La main extérieure seule masse. L'index vaginal ou rectal sert de point d'appui, maintient et soutient les organes, les pousse en haut vers la main extérieure; mais par le rectum il sert également à *l'effleurage*. Les mouvements exécutés par la main qui palpe se bornent dans la majorité des cas, aux *frictions circulaires*.

Quant à la *percussion*, appelée tapotement dans les livres spéciaux, on ne l'exécute pas sur la paroi abdominale, mais sur la région sacro-fessière et le long de la colonne vertébrale. Elle appartient à la gymnastique proprement dite et sera décrite avec elle. C'est à dessein que je ne prononce pas le mot de *pétrissage*, pour bien montrer que la violence est exclue du traitement. Cependant il est indiqué par exception.

Donc, l'effleurage et les frictions circulaires constituent presque toute la technique générale de la méthode suédoise en ce qui concerne le massage direct et immédiat des organes. L'effleurage se fait avec le doigt qui touche, par le rectum, sur les organes malades ou sur les parois latérales du bassin, *de bas en haut* dans le sens des gros courants veineux et lymphatiques. Brandt pour expliquer ce mouvement du doigt le compare à celui qu'on fait pour tracer des raies sur la buée d'une vitre, en appuyant et vibrant légèrement. Il y attache une grande importance ainsi qu'aux pressions exercées de *haut en bas* sur les nerfs sacrés, à leur sortie des trous, pour calmer les douleurs des femmes qui ne peuvent s'asseoir sans souffrir. Les frictions circulaires s'exécutent, comme je l'ai dit à propos des préliminaires analgésiques, non avec l'extrémité de la pulpe, mais avec la

pulpe entière et une partie de la phalangette de l'index, du médius et de l'annulaire. Un continuel tremblotement du coude, leur communique une *vibration* dont je juge inutile de faire catégorie à part, mais qui est essentielle et doit être recherchée dans toutes les manœuvres. *Les meilleurs résultats s'obtiennent en saisissant le mieux possible la région qu'on doit masser, en évitant toute dépense inutile de force, et par des séances courtes, trois, six, huit, dix minutes au plus.* Les novices dans cet art spécial sont tentés d'agir avec énergie et persistance surtout dès qu'une amélioration se manifeste, dans l'espoir d'abréger la cure. C'est une erreur qui expose aux accidents, aux retards, aux reculs, à la nécessité de revenir sans cesse au massage analgésique.

Brandt a parlé excellemment de son art en termes généraux. « On commence, dit-il, avec légèreté autour de la partie malade pour arriver graduellement sur celle-ci ; on n'augmente la force qu'après disparition de la plus grande sensibilité. De courtes pauses sont nécessaires. La main se fait de plus en plus légère vers la fin de la séance, qu'on termine en appliquant la paume et les doigts étendus sur la région malade et en exécutant une très douce vibration. Un traitement semblable exige un temps assez long ; mais le résultat en est excellent. Aujourd'hui tout le monde masse et on se figure que pour avoir une action il faut provoquer la douleur ; il est étonnant qu'on ne fasse pas plus souvent tort aux malades. On se figure aussi que le traitement est facile à exécuter et à comprendre. La moindre expérience prouve le contraire. Combien de temps ne faut-il pas pour apprendre à explorer et pour acquérir sûreté et dextérité dans la pratique du massage ! »

Ces quelques lignes renferment, à mon avis, le meilleur de cette chose presque indescriptible qu'on appelle technique du massage gynécologique. J'ajouterai seulement que même entre praticiens habiles, instruits et rompus au métier, il y aura toujours des différences tenant aux qualités innées d'adresse, sans parler des conformations de main. La dexté-

rité me semble jouer dans la kinèsithérapie, le rôle capital qu'elle jouait autrefois en chirurgie.

Massage de l'utérus. — Le massage commence et se termine d'habitude par l'utérus. Il varie du tout au tout suivant l'effet à produire, tantôt léger, si léger qu'on frôle à peine la paroi utérine (métrite hémorrhagique, utérus petits et durs, ou gros mais mous) : tantôt vigoureux, mais jamais d'emblée (utérus gros et coriaces, métrite chronique parenchymateuse). On agit de préférence sur la face postérieure, le fond, l'isthme et le col avec la main externe. L'index vaginal logé dans le cul-de-sac antérieur, le plus haut possible, refoule l'isthme en haut et en arrière avec une force suffisante pour maintenir l'organe, mais sans exciter une vive douleur, tandis que les doigts de l'autre main répartissent également les frictions circulaires dans l'ordre suivant : fond, corps et col, sauf indication de localiser la manœuvre (métrite cervicale, ulcérations). En frictionnant on incline le fond vers la symphyse. Par conséquent le massage est précédé ou accompagné de la réduction de l'organe s'il n'est pas fixé. S'il est fixé, c'est par le massage des fixations qu'on débute. Je vais examiner successivement les deux cas.

Réduction de l'utérus incliné, fléchi ou versé, mais mobile. — Brandt a imaginé divers moyens de ramener sans violence en antéversion, l'utérus anormalement placé, mais libre. Il a donné de ces différentes manœuvres, une nomenclature dont je ne reproduirai pas les termes intraduisibles dans notre langue (1). De plus, cette nomenclature me semble simplifiable. Je dis la nomenclature ; je ne dis pas les manœuvres, *indispensables à connaître si l'on veut bien opérer.* Ces exercices sont très utiles aux commençants. C'est une bonne initiation à un traitement duquel les violences sont proscrites, et où la force doit être ménagée et

(1) Les principaux sont : Guppning : balance ou bascule; Klämning : serrement, étreinte ; Ikrokning : accrochement ; Redressionstryck : pression redressante.

calculée. Je vais essayer de les expliquer d'une façon sommaire, clinique et claire.

La réduction s'opère par le vagin et l'abdomen, ou par le rectum, le vagin et l'abdomen.

Réduction vagino-abdominale. — Si l'utérus est petit et rigide, si le renversement n'est pas très prononcé, la femme étant couchée dans la situation de l'exploration bimanuelle et du massage, le médecin assis applique la pulpe de l'index sur la face antérieure du col qu'il refoule d'avant en arrière et en bas. En même temps la main qui palpe cherche très délicatement le fond de l'utérus. Si la perception est nette, on accroche doucement le fonds, puis la face postérieure, et on ramène l'organe vers le pubis. Si la perception n'est pas nette, on déprime sans force les tissus à droite, à gauche et, au milieu, en exécutant les frictions circulaires tremblotantes sur toute l'étendue des ligaments larges, mais sans insister longtemps sur la même place, et bientôt, pour peu que la paroi abdominale ne soit pas trop grasse, et à condition, bien entendu, que le mode de réduction soit celui qu'il fallait choisir, *on sent l'utérus qui monte vers cette paroi comme un corps flottant.* Alors on accroche le fond. On éprouve parfois quelque difficulté à parfaire la réduction, puis, brusquement, elle se complète. Brandt, auquel je décrivais cette sensation, me disait dans un langage pittoresque : « Oui, c'est comme un chien de fusil qu'on relève ; on a de la peine jusqu'au milieu du parcours, puis, brusquement, il tombe dans son cran ». Brandt croit que l'arrêt correspond au maximum d'extension des ligaments ronds ou plutôt de tout le revêtement péritonéal antérieur, c'est-à-dire, si je saisis bien sa pensée, à ce qu'on appelle le point mort dans le parcours d'une bielle mécanique. La contracture du feuillet postérieur du ligament large peut du reste jouer le même rôle et s'opposer à la réduction. Aussi *j'insiste dans tous les modes de réduction sur l'utilité du massage des ligaments larges pour les détendre et assouplir.*

Si l'utérus, plus long que dans le cas précédent, mais encore

rigide, ne bascule pas par simple pression cervicale, soit parce que le col haut placé derrière la symphyse est difficile à atteindre, soit parce que le col raccourci, fournit un bras de levier insuffisant pour enlever le fond de l'organe enfoui dans la concavité sacrée, on procède de la façon suivante : Avec la pulpe ou le bord radial de la phalangette de l'index, on soulève le fond utérin. *Simple soulèvement, graduel, mesuré, préparé par le massage qui relâche les ligaments.* On ne pousse pas violemment; on se garde aussi de pousser en arrière, manœuvre par laquelle on cale le fond sous le promontoire. *On soulève seulement après massage et tout en massant.* La femme ne doit éprouver d'autre douleur que la douleur supportable, caractéristique, qui appartient à la face postérieure de tout utérus rétroversé. Son visage doit donc tout au plus trahir par un froncement de sourcils la sensibilité qu'éveille la pression du doigt. Si la souffrance est vive, si l'utérus semble fixé, on s'abstient de tout redressement et on pratique, pendant une ou plusieurs séances, le massage préparatoire analgésique et antiphlogistique. Si l'utérus est soulevable, on le soutient du doigt. En même temps, les quatre doigts de la main libre mise en pronation appliquent leur pulpe au-dessus du pubis, poussent vers lui la peau du ventre de façon à éviter les tiraillements, puis pénètrent dans l'excavation, la vessie étant vide, jusqu'au contact de l'isthme qu'ils chassent vers la concavité sacrée. Ils sont puissamment aidés par *la tension* du revêtement péritonéal antérieur qu'ils produisent et qui tire le fond en avant. Dès que l'isthme recule, le doigt intérieur qui soulevait le fond de l'utérus passe en avant du col et le presse en arrière et en bas. A ce moment, l'utérus est à moitié redressé, et la main extérieure abandonnant l'isthme, remonte avec légèreté sur la face antérieure de l'organe, accroche le fond et le conduit vers l'arcade pubienne. La manœuvre a donc cinq temps :

1° Soulèvement du fonds par le doigt qui touche;

2° Pression sur l'isthme par la main qui palpe;

3° Passage du doigt qui touche sur la face antérieure du col;

4° Le doigt qui touche et la main qui palpe, refoulent vers le sacrum et en bas, le col et l'isthme pendant quelques secondes;

5° La main qui palpe accroche le fond et termine la bascule.

Cette manœuvre réussit à merveille, surtout si l'utérus est rigide. Il faut qu'il soit placé dans l'axe. Elle mérite un nom spécial, et comme le nom Suédois traduit littéralement est peu expressif, je propose de l'appeler **pression** ou **tension péritonéale antérieure**. Elle n'agit pas seulement en redressant l'utérus, elle assouplit et tonifie l'appareil ligamenteux. *Elle joue un des premiers rôles dans le traitement* et est comme la préface de ce que je décrirai sous le nom d'élévation.

Réduction recto-vagino-abdominale. — Elle convient aux utérus gros et mous, rétrofléchis ou rétroversés, mais dont le col cède aux pressions, ou n'offre aucune prise. Elle convient aussi aux utérus de consistance molle ou ferme que des tentatives de réduction mal conduites ont refoulés en arrière et en haut, et dont le redressement ne peut être achevé. On la commence et on la termine dans la station verticale, ou bien on la commence dans la station verticale et on l'achève dans le décubitus dorsal, ou bien on l'exécute en entier dans le décubitus dorsal.

Le médecin, assis et soutenant de la main droite la région lombo-sacrée, introduit l'index gauche dans le rectum, et fait glisser le pouce sur le périnée jusqu'à l'orifice vaginal où il pénètre. L'index agit autant que possible sur le fond de l'utérus, en tous cas sur la plus grande partie de la face postérieure du corps qu'il chasse en avant par des pressions ménagées, pendant que le pouce chasse en arrière la face antérieure du col qui dans nombre de cas retrouve sa longueur à mesure que le redressement s'opère. Quand le fond est difficilement accessible, parce que l'index se heurte aux

culs-de-sac de l'ampoule rectale ; il cherche et trouve, avec difficulté parfois, le sphincter d'O'Beirne, situé le plus souvent à gauche du sacrum, le dépasse et arrive sur le fond.

La réduction peut être complète d'emblée dans la station verticale. Dans ce cas, le médecin, sans lâcher prise, fait asseoir puis étendre la femme (1), et commence le massage. Si elle n'est pas complète, il l'achève par les manipulations externes, massage des ligaments, pression péritonéale antérieure. Quand par exception, le fond de l'utérus est à une hauteur telle que ni l'index rectal ne puisse l'atteindre, ni la main qui palpe accrocher l'organe, on refoule d'abord le fond vers la pointe sacrée, puis on commence ou recommence l'opération. Quand l'utérus très mou et ballant se plie en cornue, la manœuvre est difficile, mais neuf fois sur dix, elle échoue par la faute de l'opérateur qui est trop pressé, va au hasard, fait des efforts, et, suivant l'expression de Brandt, « bat la bouillie d'avoine sur le ventre des malades ».

Brandt indique six procédés de redressement ; je les ai fait tous rentrer dans ma description, plus courte que la sienne, parce qu'il me semble inutile de multiplier les catégories sans nécessité didactique ou clinique.

Ces ingénieuses combinaisons de levier, ces manipulations délicates, constituent certainement une des parties originales de l'œuvre de Brandt. Je répète qu'elles ont une importance capitale.

Utérus fixé. — Quand l'utérus est ou paraît adhérent, la réduction immédiate est contre-indiquée ; **toute violence est proscrite du traitement**. On délimite la position exacte de l'organe, l'étendue et la nature des fixations ; mais en général on ne les reconnaît qu'à la longue. J'ai dit : quand l'utérus est ou paraît adhérent, parce qu'à mon avis la fixation de certains utérus n'est qu'apparente, et s'explique par une con-

---

(1) A ce moment, la malade passe son pied par dessus le bras du médecin qui se trouve alors dans la situation réglementaire : *bras sous la cuisse gauche*.

tracture ligamenteuse. Dans ce cas on agit en massant la périphérie de l'utérus et les ligaments larges. A mesure que la douleur disparaît, la main descend de plus en plus profondément, opérant sur les côtés de l'organe. Le doigt qui touche soutient l'isthme en arrière et soulève le col en haut, comme pour exagérer la rétroversion, manœuvre importante, surtout quand la contracture ligamenteuse joue un rôle, car si l'on essaye trop tôt et trop brusquement de redresser l'organe, la contracture se reproduit : il y a une sorte de tétanisation et l'utérus s'immobilise. J'ai vu des essais de redressement ou des mouvements de gymnastique favorables à la bascule en avant, mais prématurément employés, fixer de nouveau l'utérus pour plusieurs jours et raviver les douleurs disparues. On ne devra donc tenter la réduction que très doucement, et quand on sentira flotter le corps utérin.

Si l'utérus est véritablement adhérent, fixé par des brides, on débute de la même façon (massage des ligaments et de la périphérie utérine). On s'en tient à lui et à la gymnastique dérivative *aussi longtemps qu'il est nécessaire, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on sente le corps utérin trembler dans sa loge* comme un clou qu'on veut arracher et que les doigts ont ébranlé par trépidation ; c'est du moins ce que j'ai fait et je m'en suis bien trouvé ; *alors seulement* on rompt les adhérences, ou plutôt *on les étire avec grandes précautions*, sans jamais se départir du sage précepte de Brandt : *plutôt trop peu que trop en une fois.*

Les adhérences occupent le corps ou le col, ou le corps et le col. Qu'elles existent en avant, en arrière ou sur les côtés, Brandt opère suivant les circonstances par le rectum, par le vagin, par la paroi abdominale, soit avec l'index gauche seul, soit avec le pouce seul, soit avec l'index et le pouce, soit bimanuellement, et dans la station verticale ou dans le décubitus dorsal. Le principe général consiste à pénétrer avec prudence entre les organes soudés et à étendre leurs attaches, *opération toujours précédée, accom-*

pagnée ou suivie de massage et de gymnastique dérivative Il faut résister à l'envie d'aller vite dès que le succès se prépare. Ziegenspeck et tous ceux qui, à son exemple, n'ont pas su se soumettre aux impatientantes lenteurs de la méthode de Brandt, s'en sont repentis. La déchirure des tissus, des hématomes plus ou moins graves ont été la conséquence d'une trop grande hâte et d'une force mal calculée.

Il serait également imprudent d'interrompre ou de cesser le massage dès que l'utérus est libéré, car il se fixerait plus solidement que par le passé, et tout serait à recommencer avec plus de difficultés. D'ordinaire une sensation de descente suit la libération. La manœuvre d'élévation y remédie.

Massage des trompes, des ovaires et des exsudats paramétritiques. — Le principe est le même que pour le massage de l'utérus, c'est-à-dire qu'il faut saisir les organes entre le doigt qui touche et la main qui palpe, que cette dernière seule se meut, à moins qu'on n'ait à pratiquer l'effleurage rectal, et que la force doit être employée à bon escient, graduellement, après disparition de la plus grande sensibilité.

Le traitement des masses paramétritiques englobant les annexes, quand ces masses sont accessibles et saisissables sans peine, n'est pas des plus difficiles parce qu'au fur et à mesure qu'elles fondent, l'ovaire et son ligament et les trompes englobées s'y dessinent sous le doigt explorateur qui guide la main extérieure et lui marque le pas.

La nature des tuméfactions et l'emplacement des annexes étant reconnus, on agit sur elles à tour de rôle. Les trompes sont massées autant que possible de dehors en dedans pour faire cheminer les sécrétions vers l'*ostium uteri*. Si j'en juge par mon expérience personnelle, rien n'est plus difficile à masser que les trompes régulièrement augmentées de volume et prolabées dans le cul-de-sac de Douglas, parce qu'elles glissent entre les doigts comme un macaroni cuit et gluant. Les exsudats très volumineux durs comme le bois, remplissant et bouchant l'excavation au point que la défécation semble extraordinaire, a écrit Brandt, exigent l'emploi d'une grande

force, mais avec le temps seulement. Il lui est arrivé de se servir du carpe pour leur pétrissage, le bras raide pour accroître la pression.

Il semble que dans des tuméfactions aussi considérables, le point d'appui interne soit superflu. L'expérience a démontré le contraire à Brandt, et la chose ne me surprend pas. Je crois que la passivité du doigt intérieur n'est qu'apparente. Je m'expliquerai sur ce point.

Le massage de la périphérie au centre est une règle dont on ne doit pas se départir, car il est indispensable d'ouvrir la voie aux stagnations centrales. Il n'est pas moins essentiel de faire et refaire le diagnostic à chaque séance, de tout surveiller et de ménager et régler la force qu'on déploie. En se conformant à ces règles on peut dans certains cas avoir un bon résultat sans grand'peine. D'autre fois une véritable virtuosité de mains est nécessaire, en particulier quand il faut reconnaître et détacher un ovaire, petit, déplacé, adhérent à la paroi du bassin, centre d'irradiations douloureuses et cause de diverses erreurs de diagnostic. Brandt m'a recommandé de placer un doigt sous l'organe à travers les parois vaginales ou rectales, de faire glisser l'ovaire sur ce doigt par la palpation et de l'étirer doucement en avant en même temps qu'on le pousse en bas. J'ai très bien réussi dans un cas, qui m'a permis de me rendre compte de la manœuvre. On fabrique à l'ovaire, par extensions graduelles et prudentes, un véritable *méso* analogue à celui qui le relie normalement à la paroi pelvienne. On peut aussi, comme me l'a conseillé le D[r] Helleday, exercer des tractions sur le ligament de l'ovaire qu'on doit s'habituer à reconnaître et à suivre du doigt ou de la main dans le toucher et le palper gynécologiques ; mais ce procédé rend surtout service dans les dislocations d'ovaire, quand cet organe augmenté de volume et douloureux, prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, plus ou moins comprimé par le fond de l'utérus rétroversé, devient la source de crises névralgiques ; dans ce cas la principale difficulté n'est pas d'accrocher le ligament utéro-ovarien et d'éloigner

[illegible] le maintenir éloigné. On est alors aidé par [illegible] élévation de l'utérus, dont les applica- [illegible] nombreuses en kinèsithérapie gynécologique.

ÉLÉVATION

[illegible] *viscérale* est la conception la plus originale [illegible] J'ai raconté dans la partie historique comment [illegible] dans son esprit. Diversement modifiée, il l'applique [illegible] déviés ou prolabés, au rectum, à l'utérus, au [illegible] Il y a donc une élévation rectale, une élévation [illegible] élévation rénale. Ces opérations ont pour but [illegible] attaches musculo-ligamenteuses la puissance [illegible] souplesse élastique, l'énergie contractile né- [illegible] ne parlerai ici que de l'élévation utérine. [illegible] dans une manœuvre spéciale par laquelle on [illegible] l'utérus avec deux mains à travers la paroi [illegible] Elle vise le retour à la tonicité des ligaments [illegible] soit en réveillant la contraction par de brèves [illegible] soit au contraire en apaisant la contracture par [illegible] mesurées.

[illegible] **et contre-indications**. — La principale indi- [illegible] absolu, c'est-à-dire le prolapsus [illegible] de l'utérus et du vagin. Viennent ensuite [illegible] relatifs et momentanés par contracture, [illegible] circulatoires ou de compressions et de dou- [illegible] après lui Landau, de Berlin, ont employé avec [illegible] contre les malaises et accidents locaux ou [illegible] dans le premier stade de la grossesse et [illegible] menaces d'avortement. Viennent [illegible] flexions.

[illegible] contre-indiquée par les tumeurs de voisi- [illegible] des organes paramétriques. Elle est [illegible] ont perdu toute vitalité.

[illegible] **à l'opération**. — La vessie doit [illegible] l'utérus mobile, corps et col, pas

trop petit. Un aide exercé est indispensable. C'est lui qui soulève l'utérus; le médecin surveille l'opération par le toucher, la dirige, la modifie au besoin, la suspend au moment propice, en un mot la règle.

La *femme*, sans corset et les vêtements lâches, se met dans le décubitus dorsal, tronc et tête légèrement relevés ; c'est la situation du massage et de l'exploration bimanuelle ; mais de plus, la flexion des cuisses est complète, sans qu'il y ait effort pour les maintenir ; jambes fléchies, talons mollement rapprochés et lâchement appliqués contre le siège; les pieds ne posent pas ou tout au moins n'appuient pas sur le canapé. Restriction faite de l'application des talons contre le siège, cette attitude est celle de la taille ou de la dissection périnéale.

Le *médecin* assis au côté gauche, a placé sa main gauche dans la position de Brandt, l'index appuyé sur la face antérieure du col, le plus près possible de l'isthme, fortement, mais sans causer d'autre douleur que la douleur supportable spéciale à cette région Sa main droite déprime les parois abdominales, refoule en bas la peau pour éviter les tiraillements, et s'applique en pronation sur la face antérieure de l'utérus, de façon que seule la pulpe des doigts appuie, et exclusivement sur l'isthme. Cette main sert à indiquer à l'assistant où est le corps utérin. Elle ne peut faire basculer l'organe en arrière, puisqu'elle n'appuie pas sur le fond, mais sur l'isthme. Elle exerce la **pression** ou **tension péritonéale antérieure**. J'ai décrit cela à propos du redressement. De plus, l'index qui touche et tend à faire basculer le col vers le sacrum; complète le mouvement de levier qui met à l'abri de la rétroversion.

L'*assistant* se place à genoux sur le canapé, vis-à-vis et contre les membres inférieurs fléchis de la femme, de façon que les genoux de celle-ci touchent les hanches de l'aide qui les pousse en forte flexion, et se met en équilibre tel qu'il puisse à un moment donné incliner le tronc entier vers la malade et le placer au besoin horizontalement sans tomber

en avant. Si l'assistant est petit, surtout s'il a les jambes courtes, il se met à deux genoux sur le canapé; s'il est grand, il ne met qu'un genou, le gauche de préférence, et place son pied droit à terre contre le bord du canapé très en avant, en calant son jarret contre la face interne du genou gauche du médecin. De cette façon l'équilibre est assuré et la manœuvre peut être exécutée.

Manœuvre. — Elle comprend trois temps :

1° Pénétration des mains dans la cavité pelvienne et saisie de l'utérus ;

2° Soulèvement de l'utérus ;

3° Abandon de l'utérus.

1° *Pénétration des mains dans la cavité pelvienne et saisie de l'utérus.* — Les avant-bras et les bras en forte extension, les mains en supination et extension complètes, un peu écartées, ou en contact par leurs petits doigts, suivant les cas, l'assistant applique la paume de ses mains sur la face dorsale de la main du médecin. Il se penche en avant, très en avant, son visage touche presque celui de la malade, et ce faisant, la pulpe de ses doigts descend derrière le pubis, dans le fossé préparé par la main du médecin et le creuse davantage, non par effort brusque, mais par effort continu et contenu, la pesanteur bien dirigée et mesurée du tronc incliné agissant seule. C'est la **pression péritonéale antérieure** poussée à ses extrêmes limites.

Alors le médecin retire sa main droite désormais inutile, la manœuvre ayant été bien faite. De l'index gauche qui n'a pas quitté le cul-de-sac antérieur et le col, il perçoit à travers les tissus le bout des doigts de l'aide, qui se recourbent légèrement et appuient sur l'utérus le plus bas possible. A ce moment le corps utérin est fortement incliné dans les mains de l'aide qui sent l'isthme reculer. Le médecin qui, lui aussi, sent fuir le col, dit à l'assistant : « allez »; à la malade : « ne respirez plus », et le second temps commence.

2° *Soulèvement de l'utérus.* — Relevant le tronc et les

bras tout d'une pièce par la seule action des muscles dorso-lombaires, et retirant le siège en arrière — mouvement qu'on fait pour s'asseoir sur les talons — l'aide qui tient l'utérus en avant et des deux côtés à la fois, *dans ses mains animées d'une vibration légère*, fait remonter le col en arrière le long de la concavité sacrée, comme s'il y gravissait des échelons ; en même temps le corps, dont la bascule antérieure se maintient, s'élève graduellement et d'autant plus haut que les ligaments sont plus lâches. A l'instant précis où la résistance est perçue, l'aide s'arrête et le troisième temps commence sur l'ordre du médecin.

2° *Abandon de l'utérus.* — Il consiste à laisser aller l'organe, *tantôt* **lentement**, *tantôt* **rapidement**, suivant l'effet à produire : excitation à la contraction, ou suppression de la contracture, mais toujours **sans brusquerie**. Donc les mains de l'aide *tantôt reculent vivement vers le pubis*, *tantôt retiennent doucement la descente.*

Sensations perçues par l'assistant. — Jusqu'au moment où le médecin retire sa main appliquée sur la face antérieure de l'utérus, l'assistant ne perçoit pas l'utérus. Il se préoccupe uniquement de se mettre en équilibre, et se guide sur la main du médecin pour placer les siennes. Quand le médecin a retiré sa main, l'assistant doit sentir le fond, la face antérieure et les côtés de l'utérus qui bascule en avant comme tiré par un ressort, phénomène produit par la **tension du revêtement péritonéal antérieur**. Cette sensation doit persister pendant le soulèvement. Si elle ne persistait pas, c'est que les doigts auraient glissé. Jamais ils ne doivent glisser. L'assistant perçoit l'ascension de l'organe, qui n'a d'autre limite que celle de la résistance ligamenteuse, fort variable suivant les cas. Pendant le troisième temps l'aide a la sensation d'une descente rapide ou lente.

Sensations perçues par le médecin. — Lorsque les mains de l'aide, plongeant derrière le pubis, tendent par leur pression le revêtement péritonéal, le médecin sent l'extrémité des doigts en contact avec son index ; en même temps le col

s'éloigne ; parfois se dérobe et fuit vers la concavité sacrée. Il *doit* l'accompagner et ne pas le quitter. Le vagin s'allonge, se rétrécit plus ou moins, se tend au voisinage de l'isthme et ses parois enserrent dans certains cas le doigt, exceptionnellement la vulve même peut s'invaginer ; puis on éprouve une résistance, indice des limites d'extension prudente des diverses attaches. Le médecin dit alors « arrêtez », puis après cinq ou six secondes : « laissez aller ». De son doigt il accompagne la descente, et la face antérieure de l'utérus abandonné par l'aide à la fin du parcours, retombe mollement sur ce doigt.

Sensations perçues par la femme. — L'élévation bien faite est indolore. Douloureuse, elle est mal faite. On ne doit entendre aucune plainte de la patiente ; on ne doit saisir sur son visage d'autre impression que celle du désagrément et de l'appréhension, et seulement chez les nerveuses ou dans les premières séances, alors que la femme ne s'abandonne pas avec confiance et n'a pas encore constaté par expérience, que mieux elle se laisse aller, plus la manœuvre est aisée et les résultats satisfaisants. La femme qui a un bon opérateur éprouve donc tout au plus un malaise de quelques secondes, et quand on lui demande compte de ses sensations, elle répond : « je sens que vous tirez en haut les organes ». La femme qui a un mauvais opérateur, se plaint, contracte ses muscles abdominaux, chasse les mains de l'assistant et s'écrie : « oh ! vous m'arrachez ». Quand l'aide ou le médecin commettent la faute de laisser échapper l'utérus, la femme, éprouve une vive douleur.

Remarques complémentaires. — Agir avec douceur et circonspection, en ne quittant pas des yeux le visage de la malade qui jamais ne doit s'altérer. Dans les commencements ne pas saisir l'utérus. Exercer seulement la pression ou tension péritonéale antérieure.

L'élévation n'est très prononcée que dans les cas de prolapsus avec relâchement considérable des ligaments, du vagin et du releveur. Elle est courte dans les cas de version

ou flexion, elle est presque insensible dans le cas de contracture, lors des premières séances.

On élève jusqu'à *résistance et tension des attaches au voisinage de l'isthme.* On ne la dépasse que s'il s'agit de supprimer une contracture, et très graduellement, un peu chaque jour.

Si l'utérus n'est pas dans l'axe, le médecin l'y remet et l'aide fait une élévation oblique de façon à allonger les ligaments raccourcis. On ne doit pas faire l'opération à l'aveuglette. Dans tous les cas le but visé est le rétablissement de la tonicité ; mais on l'atteint tantôt par la tension brève et l'abandon rapide, tantôt par la tension prolongée, quotidiennement augmentée, et l'abandon lent. Enfin, tantôt on agit sur la totalité des attaches, tantôt sur une partie, ligaments de Douglas, ligament large droit ou gauche, revêtement péritonéal antérieur.

L'assistant doit être convaincu qu'il ne saurait saisir trop bas l'utérus, que le col et l'isthme utérin doivent remonter le long de l'arc sacré ; le médecin, qu'il doit mettre l'utérus pour ainsi dire entre les mains de l'assistant, accompagner le col et l'isthme dans l'ascension et la descente, surveiller la tension des attaches ; la femme, qu'elle facilite l'opération par la détente absolue, *et qu'elle la rend impossible en faisant une inspiration pendant le second temps.*

Jadis Brandt exécutait la manœuvre sans assistant. Il ne le fait plus, l'expérience lui ayant enseigné que l'utérus n'était pas toujours saisi ou que, mal saisi, il glissait et surtout basculait en arrière. L'aide est, à son avis, indispensable, sauf lorsque l'utérus est très gros. Dans ce cas et surtout s'il y a grossesse le médecin peut faire l'élévation lui-même. En toute autre circonstance il se borne à contrôler par le vagin toute l'opération. Par la pression de bas en haut et d'avant en arrière, il empêche l'utérus de fuir ou de se renverser ; il le fixe et les sensations de l'aide, très obtuses quand l'organe n'est pas maintenu, deviennent nettes. Il indique et rectifie les fautes et se tient prêt à retenir l'utérus s'il

échappe à l'assistant ; mais il n'en est pas toujours maître, car ses mouvements ne sont pas libres, son doigt ne pénètre pas très profondément, l'avant-bras étant serré entre la fesse gauche de la malade et la cuisse de l'aide ; aussi celui-ci doit être bien persuadé qu'il est responsable de la descente.

Le Dr Helleday exécute l'élévation de deux façons, seul et avec un aide. Seul, il agit de la façon suivante : Assis à côté de la malade il introduit l'index gauche dans le vagin, et le place sur la face antérieure du col. De la main droite libre, il exerce, à travers les parois abdominales, la pression péritonéale antérieure qui fait basculer le corps en avant ; mais continuant cette pression, il repousse le col vers la concavité sacrée et élève en même temps le corps. Il faut que le coude décrive un arc de cercle dont le centre est représenté par le point d'application des doigts. Le Dr Helleday pense que l'élévation est plus régulièrement faite avec un aide et ne s'en passe qu'exceptionnellement.

J'ai dit que l'aide en faisant pénétrer ses mains en supination et extension dans la cavité pelvienne, les tenait un peu éloignées, ou au contraire jointes par le bord cubital des petits doigts. En effet, on peut pénétrer soit au niveau des épines iliaques, soit derrière la symphyse pubienne. Dans le premier cas on saisit latéralement l'utérus, dans le second les petits doigts touchent la face antérieure qu'ils ne sentent guère ; l'annulaire, le médius et même l'index suivant le volume utérin, enveloppent les faces antéro-latérales qu'ils sentent nettement. Aujourd'hui, Brandt emploie constamment le second procédé, à moins que l'utérus ne soit très gros. Jadis, au contraire, il saisissait toujours l'utérus par les côtés et l'élevait directement, mais ayant remarqué que de cette façon le fond avait une tendance à basculer en arrière, il adopta le second procédé qui permet en élevant l'utérus de l'*antéverser énergiquement par la tension du revêtement péritonéal antérieur.*

La manœuvre est repétée trois fois à chaque séance. Il est préférable de mettre dix minutes d'intervalle, mais on peut

se contenter d'un court repos entre les élévations. L'opération est complétée par des mouvements musculaires que je vais étudier avec les divers exercices gymnastiques qui complètent le traitement. (*A suivre.*)

SYMPHYSÉOTOMIE PRATIQUÉE CHEZ UNE FEMME RACHITIQUE EN TRAVAIL AU TERME DE LA GROSSESSE. SUCCÈS POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT

Par le Dr **Porak**, accoucheur de l'hôpital Lariboisière.

La femme X..., âgée de 25 ans, primipare, est atteinte de rachitisme; elle a marché vers sa troisième année. Les déformations de son squelette sont caractéristiques. Les deux tibias sont convexes en dedans, plus à droite qu'à gauche, tandis que les fémurs offrent une convexité exagérée en dehors, plus marquée à gauche qu'à droite. Le thorax présente une saillie exagérée du sternum en avant avec le chapelet assez peu marqué formé par l'intumescence des articulations chondro-costales. La colonne vertébrale offre une légère scoliose à concavité gauche.

Cette femme est petite; sa taille mesure 1 m. 42. Le bassin est mal conformé, il est légèrement asymétrique. L'épine supérieure et antérieure est un peu plus rapprochée du pubis à gauche qu'à droite (15 centim. contre 16 centim.).

L'épine supérieure et postérieure est aussi plus rapprochée de la ligne des épines sacrées à droite qu'à gauche. Au toucher vaginal le côté gauche du bassin est un peu plus accessible que le droit. De plus le promontoire est proéminent. La distance promonto-sous-pubienne mesure 9 centim. 6.

Cette femme était à terme et en travail depuis quelques heures lorsqu'elle est entrée le 10 juin dernier à l'hôpital Lariboisière.

La poche des eaux se rompit spontanément vers minuit et la dilatation du col était complète le 11 juin dans la matinée. L'enfant présentait le sommet en O. I. D. T. La tête surplombait le pubis.

Comme les battements du cœur fœtal étaient normaux, je résolus de tenter tout d'abord une application de forceps quelque infructueuse qu'elle parût devoir être.

Les marques que nous avons constatées plus tard sur la tête du fœtus ont démontré que la prise avait été pratiquée à peu près symétriquement au voisinage des oreilles, la concavité des cuillers regardant la face. Des tractions énergiques, prudentes, mais sans succès me démontrèrent qu'il était impossible d'engager la tête de l'enfant dans l'excavation pelvienne.

Rejetant toute indication d'opération césarienne, je me trouvais dans l'alternative de sacrifier l'enfant en recourant à l'embryotomie ou de tenter une seconde application de forceps après avoir préalablement pratiqué la symphyséotomie. Je suivis le second parti.

La femme, qui avait été placée en travers du lit, fut maintenue dans cette situation. Je désarticulai le forceps. Je pratiquai de nouvelles injections vaginales après avoir rasé, savonné, nettoyé minutieusement le pénil et les organes génitaux externes. J'introduisis alors une sonde à travers l'urèthre jusque dans la vessie, de façon à maintenir cet organe aussi écarté que possible de la face postérieure du pubis. Une incision de 5 à 6 centimètres sur la ligne médiane au-devant de la symphyse me permit de la découvrir rapidement dans toute son étendue. Je détachai alors le ligament triangulaire de ses insertions médianes dans une étendue suffisante pour passer la pulpe du doigt en arrière de l'articulation. A l'aide d'un bistouri boutonné placé entre la pulpe du doigt qui garantissait les organes placés en arrière et la symphyse, j'incisai celle-ci par petits coups de bas en haut.

Lorsque la symphyse fut séparée dans toute son étendue, il se produisit un craquement, et les deux os iliaques, entraînés par les membres inférieurs modérément portés en dehors, s'écartèrent de 2 à 3 travers de doigt, c'est-à-dire de 4 centimètres au plus.

L'hémorrhagie fut très modérée. Au fond de la plaie, elle se produisait en nappes aux dépens des vaisseaux du tissu cellulaire de la cavité de Retzius. Une compression avec un peu de gaze placée dans la plaie, exercée entre deux doigts, l'un placé en dehors, l'autre dans le vagin, permit d'en venir facilement à bout.

L'enfant put alors être extrait avec la plus grande facilité à l'aide du forceps. Les cuillers, placées symétriquement, ne laissèrent aucune trace sur la face de l'enfant. On fut obligé de le fustiger légèrement pour provoquer la respiration qui ne tarda pas à se produire régulièrement. Je réunis les bords de la plaie à

l'aide de six points de suture avec de la soie plate. La délivrance ne présenta rien de particulier. L'enfant pesait 2620 gr. Au moment de la naissance, sa tête présentait un aplatissement très marqué suivant le diamètre transversal. Le pariétal gauche chevauchait au-dessus du pariétal droit.

Je fixai les membres inférieurs après avoir appliqué sur le bassin une plaque d'ouate et une ceinture de flanelle très serrée. Pendant les quatre premiers jours la malade eut de l'incontinence d'urine, qui, un peu louche, contenait du pus en très petite quantité, mais en peu de jours l'urine reparut tout à fait limpide.

La température oscilla les premiers jours un peu au-dessus de 38°; une seule fois elle atteignit 38°,6. Le pouls pendant le même temps restait au-dessus de 100 pulsations et marqua une seule fois 128 pulsations (voy. p. 216).

Dès le 4e jour la température et le pouls restèrent normaux.

Le 6e jour on enleva les sutures. La plaie s'est réunie par première intention.

Le 7e jour la symphyse du pubis était solide. Je ne pus pas constater de chevauchement des os iliaques au niveau de l'articulation en imprimant des mouvements alternatifs sur les deux crêtes iliaques.

Je permis à la malade de se lever le 20e jour, avec d'autant moins de crainte que j'avais appris qu'elle s'était déjà à plusieurs reprises levée contre nos ordres, sans inconvénient.

L'enfant, qui avait perdu 175 grammes de son poids le 4e jour après sa naissance, avait retrouvé son poids initial le 10e jour; le 16e, il avait gagné 165 grammes sur le poids qu'il possédait au moment de sa naissance.

Mme X... a quitté le service le 13 août. Elle marchait absolument comme avant sa grossesse, sans ressentir de douleur au niveau de la symphyse pubienne.

Examinée le 15 juillet, j'ai cependant constaté qu'il existait une mobilité des pubis un peu plus marquée que celle qu'on constate habituellement à cette époque.

L'enfant qui, faute d'un allaitement suffisamment surveillé, avait périclité pendant quelque temps, a repris une santé tout à fait satisfaisante dès qu'il a été confié à d'autres soins. Il est envoyé en nourrice bien portant le 11 août.

Cette observation apporte donc un nouveau succès à la symphyséotomie pour la mère et pour l'enfant. Elle démontre la facilité de l'opération et probablement son innocuité sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse.

	MATIN		SOIR	
	Temp.	Pouls	Temp.	Pouls
11 Juin		120	37°,6	120
12	38°	116	38°	128
13	38°,3	120	38°,4	116
14	37°,4	104	38°,6	116
15	37°,8	100	38°,6	104
16	37°,4	100	38°	120
17	37°,2	100	37°,4	100
18	37°	96	37°,4	104
19	37°	96	37°	100
20	36°,6	88	37°	100
21	37°	100	37°	88
22	37°	88	36°,8	96
23	36°,8	94	36°,8	80
24	36°,8	92	37°	88
25	36°,6	76	37°	72
26	36°,8	88	36°,8	88
27	36°,8	88	37°	90
28	36°,8	86	37°	92
29	36°,6	80	38°	100
30	36°,8	68	37°	100
1er Juillet	37°	80	37°,2	76
2	37°	80	37°	80
3	37°	80	37°	80
4	37°	72	37°,6	88
5	37°	80	37°,4	100
6	37°	84	37°	82
7	37°	80	39°,4	120
8	37°,5	88	37°,5	88
9	37°	80	36°,8	74
10	36°,8	80	36°,8	86
11	36°,9	80	37°	80
12	36°,8	74	36°,8	74

REVUE GÉNÉRALE

DE LA PÉRITONITE BLENNORRHAGIQUE CHEZ LA FEMME

PÉRIMÉTRITE — PÉRIOVARITE — PÉRISALPINGITE

Par le Dr **P.-R. Charrier**,
Ancien interne du service chirurgical de gynécologie de Lourcine-Pascal.

Nous avons souvent entendu répéter à notre cher maître, le professeur Dieulafoy, que rien n'était plus utile pour un médecin que de bien connaître l'histoire naturelle des maladies, c'est-à-dire leur marche, leur évolution, etc. Ce précepte, dont nous avons toujours vérifié la justesse, est particulièrement exact en ce qui concerne la blennorrhagie chez la femme. Grâce à des travaux tout récents, nous pouvons presque affirmer d'une façon absolue, l'exactitude et la vérité de notre interprétation en ce qui concerne la localisation de l'infection gonococcique sur le péritoine qui tapisse le petit bassin et les organes qui y sont contenus chez la femme. Le titre de péritonite blennorrhagique ne nous convient cependant qu'à demi. Rarement, en effet, la grande cavité péritonéale est atteinte, et le mot de péritonite répond à l'inflammation totale de la séreuse abdominale; le mot de pelvi-péritonite ne nous plait pas davantage, car il correspond à une sorte d'entité morbide qui pour nous n'existe pas; pour nous, l'infection du péritoine pelvien chez la femme ne peut pas naître spontanément; les grandes poches de péritonites suppurées, les grands abcès pelviens circonscrits par des loges péritonéales, reconnaissent pour cause, en dehors de la tuberculose et du cancer, une lésion de l'intestin, avec issue du contenu intestinal dans la cavité péritonéale; c'est cette variété de péritonite qui succède aux perforations, aux typhlites, appendicites, etc.; on la rencontre dans

les deux sexes. Nous n'en parlerons pas. A côté de cette forme, il existe chez la femme un type d'infection péritonéale auquel on a donné le nom de pelvi-péritonite, qui offre à nos yeux des variétés très nettes, mais qui n'existent pas, comme on l'a dit, sans lésions de l'utérus ou des annexes. La pelvi-péritonite est tantôt de la péri ou de la paramétrite; tantôt de la périsalpingite, tantôt de la périovarite. Cela revient à dire qu'une femme qui présente des accidents péritonitiques, sans lésions de l'intestin, sans traumatisme septique, sans tuberculose péritonéale, ou sans carcinose, doit ces accidents péritonitiques, soit à une infection de l'utérus et des annexes, soit à une infection utérine simple.

Or, nous croyons qu'aujourd'hui,grâce,comme nous l'avons dit, à des travaux tout récents, la périmétro-salpingite est due à deux ordres de causes : les unes dépendent tantôt d'un acte physiologique qui manque à l'homme, c'est la parturition, alors c'est la péritonite puerpérale qui succède toujours à une infection d'origine utérine, qu'elle soit post partum, ou post abortum; ces mêmes causes et la même péritonite peuvent succéder à un traumatisme utérin, cathétérisme ou autre; je dis ces mêmes causes, je veux dire ces mêmes micro-organismes, car, dans tous ces cas, la péritonite de l'accouchée, de l'avortée, de la curetée, est une péritonite consécutive à une lésion de l'utérus, soit après une délivrance incomplète, un accouchement sale, etc., etc. Cette péritonite que nous appelons puerpérale, est le type de la péritonite purulente à streptocoques qui était autrefois si rapidement et si fatalement mortello jusqu'aux lavages du péritoine qui une fois sur deux arrachent les malades à la mort. On comprend que tous les degrés se voient dans la périmétro-salpingite puerpérale suivant le degré de virulence du streptocoque, suivant la quantité de micro-organismes, etc., etc.; aujourd'hui les formes mortelles sont bien plus rares.

Eh bien, à côté de cette forme, existe une autre variété de périmétro-salpingite, c'est la pelvi-péritonite blennorrha-

gique de Bernutz, c'est l'infection par le gonocoque du péritoine pelvien chez la femme; cette sorte de péritonite mérite vraiment d'être une espèce morbide, car c'est à l'infection du péritoine qui les entoure qu'est due toute la symptomatologie douloureuse, bruyante de l'infection blennorrhagique des trompes et des ovaires. Il n'y a pas de péritonite puerpérale sans métrite puerpérale; il n'y a pas non plus de péritonite blennorrhagique sans qu'il y ait eu métrite et salpingite auparavant. Seulement autant les troubles fonctionnels deviennent graves, sérieux lorsque la blennorrhagie atteint le péritoine, autant ils sont peu marqués lorsque l'utérus est seul touché. Il faut avoir suivi des malades comme nous l'avons fait à Lourcine, depuis le début de leur vaginite gonorrhéique jusqu'aux accidents métritiques puis salpingiens, puis péritonitiques; il faut avoir vu ces blennorrhagies du col, si rebelles, si interminables, ne se manifestant que par un écoulement verdâtre très peu abondant, sans vaginite appréciable; il faut avoir vu ces métrites cervicales gonorrhéiques être tout à coup le point de départ d'accidents péritonéaux formidables, avec ballonnement du ventre, vomissements verdâtres, etc.; il faut avoir vu ces cas aussi vite apaisés que vite déchaînés, pour comprendre qu'il y a une périmétro-salpingite blennorrhagique, aussi importante à connaître que difficile à traiter et qui doit, il nous semble, être surtout traitée par la prophylaxie.

L'histoire de la péritonite infectieuse en général est de date récente, l'histoire de la péritonite blennorrhagique est encore plus récente. Je parle pour l'une et pour l'autre de l'histoire bactériologique. Au point de vue clinique, Ricord, Depaul, Bernutz, Noggerath, en 1872 déjà, et plus près de nous, à ce double point de vue clinique et bactériologique, Sänger, Bumm, Menge, et surtout Wertheim (de Prague) ont bien étudié la question qui nous occupe; nous renvoyons pour l'historique détaillé à notre thèse (1).

(1) *De la péritonite blennorrhagique chez la femme. Périmétrite. Périsalpingite*, par le Dr P. CHARRIER. (Steinheil, édit., 1892.)

Nous allons chercher ici à résumer les opinions variées qui se sont fait jour. Bernutz, avec un sens clinique admirable et grâce au milieu spécial où il vivait, a bien vu et bien décrit les accidents péritonéaux chez la femme atteinte de blennorrhée, il a comparé ces accidents à ceux qui frappent le testicule chez l'homme, il a même appelé orchite féminine la péri-ovarite et la péri-salpingite blennorrhagique. Bernutz avait remarqué ces cas soudains auxquels nous avons fait allusion et le volume de la tumeur l'avait frappé comme tous ceux qui ont examiné après lui des cas semblables. Mais où Bernutz a eu moins de bonheur, c'est quand il a décrit une pelvi-péritonite menstruelle, congressive, c'est-à-dire par excès de coït ; pour nous ce sont là des variétés de la péritonite blennorrhagique, presque toujours au moins, car dans les cas où on ne retrouve pas la blennorrhée, il suffit de chercher pour constater l'infection d'origine puerpérale. Bernutz lui-même, dans les observations qu'il cite comme des types de péritonite menstruelle, signale antérieurement l'existence de la blennorrhagie.

C'est surtout les travaux de Wertheim (de Prague) que nous allons analyser ici, car ils n'avaient pas encore complètement paru au moment où nous avons fait notre thèse.

Lorsqu'on étudie attentivement ses expériences, on est frappé de la précision qu'on y rencontre et des résultats qui s'accordent merveilleusement avec les faits cliniques (1). Ce qui augmente à nos yeux la valeur de ce mémoire, c'est l'évolution de Bumm. Après en avoir combattu les conclusions, soit au congrès de Berlin, soit à celui de Bonn dans des discussions restées fameuses, Bumm admettait que l'infection blennorrhagique ne pouvait à elle seule entraîner les lésions périmétro-salpingiennes et salpingo-ovariennes, que Wertheim lui attribuait. Il niait que le gonocoque eût une action durable sur les tissus et prétendait que les sup-

(1) Die ascendirende Gonorrhœ beim Weibe. Bacteriologische u. klinische Studien zur Biologie des Gonococcus Neisser. *Archiv. für Gynæcologie.* Bd XLII, 1, 1892.

purations pelviennes au cours de la blennorrhagie étaient de véritables infections secondaires, dans l'étiologie desquelles le gonocoque avait joué un rôle de cause prédisposante et non déterminante. Telle était l'opinion de Bumm jusqu'au dernier mémoire de Wertheim; depuis ce dernier travail et avec une franchise qui lui fait honneur, Bumm a contrôlé avec succès les expériences de Wertheim, et, abandonnant ses premières conclusions, il a adopté tout à fait celles de Wertheim.

Ces conclusions sont les suivantes :

En dehors de la puerpéralité les lésions des annexes et du péritoine pelvien chez la femme sont, dans la très grande majorité des cas, dues à l'infection gonococcique. La présence de gonocoques dans le pus ou dans les exsudats se constate toujours quand on emploie la méthode dont Wertheim s'est servi. Sur 7 cas de pyo-salpinx il a trouvé 7 fois dans le pus, le gonocoque. Alors même que le gonocoque n'est pas facile à déceler par les examens microscopiques il suffit d'employer la méthode des cultures pour le mettre en évidence. C'est sur de l'agar mélangé à du sérum de sang humain, sérum de sang placentaire, que Wertheim a pu cultiver le gonocoque. La virulence de ce microbe est extrêmement variable mais elle présente ce caractère particulier qu'elle persiste très longtemps. On ne doit jamais nier qu'une salpingite suppurée avec périmétro-salpingite est gonoccique en invoquant, pour cette négation, l'absence de gonocoques, sous le microscope; il suffit d'ensemencer ce pus en apparence sans microbes pour avoir de belles cultures de gonocoques. Wertheim a employé tous les procédés dont les autres auteurs se sont servis pour les microbes pyogènes et il a obtenu avec le gonocoque des résultats analogues à ceux obtenus avec les autres micro-organismes, il est même arrivé à provoquer sur lui-même une lymphangite avec abcès sous-cutané à gonocoques en se faisant une inoculation de culture pure de gonocoques.

Mais de tous les résultats obtenus par Wertheim ceux qui,

à nos yeux, ont vraiment la grande plus importance au point de vue spécial qui nous occupe, c'est la détermination chez les animaux, surtout la souris blanche et le cobaye, d'une péritonite spéciale à gonocoques. Voici comment procède Wertheim. Après incision de l'abdomen et du péritoine de l'animal, incision faite avec toutes les précautions d'usage, il introduit dans la cavité péritonéale une culture pure de gonocoques sur milieu solide de sérum mélangé à de l'agar. Trente-six heures après il obtient une péritonite localisée, adhésive, sèche, et suivant la quantité de culture la péritonite est ou n'est pas mortelle. Les caractères sur lesquels insiste Wertheim dans ces péritonites expérimentales sont justement ceux sur lesquels nous avons insisté dans notre thèse : c'est-à-dire, la localisation de la péritonite, les adhérences excessives qu'on observe, et qui ont le caractère d'adhérences plastiques, tandis que dans les autres formes de péritonite l'exsudat est toujours liquide, séro-purulent, purulent, et les adhérences secondaires à l'exsudat liquide. Wertheim non seulement avec des cultures de gonocoque a reproduit des péritonites sèches, partielles, mais avec des parcelles prises sur les exsudats péritonitiques de ces péritonites il a obtenu des cultures nouvelles de gonocoque.

Nous croyons donc que la preuve est faite, il nous reste à décrire rapidement comment se présente cliniquement l'infection gonococcique des annexes et du péritoine qui les entoure.

La cause déterminante c'est l'infection blennorrhagique. Cette infection se fait par les rapports sexuels et, disons-le bien haut, elle est extrêmement fréquente. Depuis trois mois un des élèves distingués de la clinique des voies urinaires à Necker a entrepris des recherches sur la métrite à gonocoques. Ces recherches sont extrêmement intéressantes, il nous a communiqué quelques résultats que nous voulons énoncer ici car ils nous paraissent jeter un jour nouveau sur la pathogénie et l'étiologie indirecte des accidents périmétro-salpingiens gonorrhéiques.

Dans quatre cas, il a constaté la présence intermittente du gonocoque. Ce microbe, dont les premières atteintes remontaient à plusieurs mois, ne se retrouvait pas dans les liquides vaginaux ou dans la leucorrhée cervicale, sauf au moment des règles et dans la semaine qui les suit.

Dans un cas, M. Reymond, pendant 4 mois, a examiné les sécrétions d'une femme ayant de la leucorrhée sans y trouver de microbe pathogène, pendant ces 4 mois la femme n'eut pas ses règles et son amant put sans danger cohabiter avec elle; au bout du 4e mois les époques reviennent très abondantes mais sans fausse couche; aussitôt qu'elles eurent cessé, l'amant de cette femme contracte avec elle une blennorrhagie à gonocoque; il prend du pus dans le col de sa maîtresse, le porte à Reymond. Gonocoques abondants qui disparurent le 7e jour après les règles. Chez trois autres femmes, même apparition intermittente du gonocoque après les règles.

Sans vouloir généraliser des faits encore en trop petit nombre, nous dirons qu'aujourd'hui, grâce aux travaux de l'école de Necker, on sait combien longtemps virulente est cette *goutte militaire;* il suffit de lire le récent mémoire de notre ami Janet, pour voir combien doit être fréquente la contamination de femmes saines par des hommes en apparence guéris, c'est ce que nous avons appelé la péritonite des jeunes mariées. Insistons également sur l'importance de la menstruation comme cause très favorable à la pullulation des gonocoques anciens, au rajeunissement des vieilles endométrites en apparence guéries. Insistons enfin sur les excès sexuels qui, eux aussi, par la congestion qu'ils provoquent, rendent plus facile le développement de l'agent infectieux. Enfin, prenons un exemple entre mille, et voyons comment ces choses se passent. Une jeune femme se marie, son mari depuis longtemps n'a plus d'écoulement, ne tache plus son linge, il a eu toutefois à plusieurs reprises la blennorrhagie et, en réalité, s'il n'a pas d'écoulement il conserve un léger degré d'uréthrite postérieure.

Sous l'influence de rapports sexuels nombreux, il voit apparaître un peu d'écoulement qu'il qualifie d'échauffement, en même temps sa femme constate un peu de vaginite, mettons les choses au mieux. Un médecin est appelé, conseille des injections, du repos, etc. La vaginite s'apaise, il reste un peu plus de pertes blanches chez la jeune femme qu'avant son mariage, elle ne s'en inquiète pas ; vient la 1re époque menstruelle, les pertes blanches augmentent avant et après, et si on examine à ce moment l'utérus au spéculum, il est rare qu'on ne constate pas un léger degré d'endométrite, parfois même un peu d'ulcération de l'orifice utérin. A ce moment la femme est atteinte de vaginite et de métrite gonorrhéique; suivant le terrain, les choses restent ainsi plus ou moins longtemps, puis un jour, après quelques fatigues, un voyage de noces, etc., la femme est prise tout d'un coup d'une violente douleur abdominale, c'est le cri d'alarme de Bernutz, il y a du météorisme, de la constipation, des vomissements, etc. et si l'on vient à toucher la malade on constate de l'empâtement, l'utérus est comme figé au milieu d'une vraie gangue inflammatoire, avec prédominance des phénomènes douloureux d'un côté, car dans la blennorrhagie les lésions péri-utérines sont d'abord unilatérales, ce n'est qu'ensuite que les deux côtés se prennent. La douleur du début de la pelvi-péritonite n'a nullement l'intensité de celle de l'hématocèle, il n'y a pas non plus la sensibilité exquise de l'abdomen qu'on observe dans la forme dite puerpérale.

On n'a jamais non plus les frissons répétés, intenses de ces formes puerpérales. D'ailleurs, nous renvoyons pour plus de détails à notre thèse. Ce que nous voulons ici mettre en lumière, c'est le début des accidents péritonéaux après une période plus ou moins longue d'accidents vaginaux ou utérins. Le jour où la trompe se prend, le péritoine se prend aussi. La prise de possession du côté le premier touché par l'infection coïncide très souvent avec la 1re époque menstruelle qui suit la contamination. Un mois plus tard, à la 2e époque après la contamination, la trompe de l'autre côté

se prend à son tour, et avec elle le péritoine qui l'entoure.

Une fois les deux côtés pris, on assiste à des poussées péritonitiques menstruelles successives et suivant que la malade se soigne, garde le lit, évite toutes les causes de congestion ou bien, au contraire, se fatigue et continue à se livrer à des excès de tout genre, on constate dans le premier cas une atténuation dans les symptômes qui peut simuler la guérison ; ou bien il y a exagération dans les troubles fonctionnels, la tumeur s'accroît, et il est rare que la situation de s'aggrave pas au point de commander une intervention.

On peut donc, en résumé, décrire deux formes de péritonite blennorrhagique ; l'une suraiguë, fluxionnaire, apparaissant très brusquement pour diminuer ou disparaître de même ; une seconde forme moins tapageuse, peut cependant offrir un début analogue, puis faire rapidement place à ce qui est le type de notre description, c'est-à-dire à une péritonite très localisée au début, unilatérale en commençant, plus douloureuse que grave, procédant par poussées inflammatoires qui sont souvent en rapport avec les époques menstruelles. C'est cette forme qui a reçu le nom de forme rémittente de Nöggerath.

Les conséquences de cette péritonite blennorrhagique sont des adhérences très nombreuses qui entraînent avec elles des déviations de l'utérus et une stérilité presque constante.

On ne peut guère confondre la péritonite blennorrhagique qu'avec la péritonite puerpérale subaiguë. Toutefois, les antécédents, l'existence d'avortements ou d'accouchements, suffisent à faire poser le diagnostic de puerpéralité. Alors même que la femme nierait toute poussée, l'absence de rémission, la fièvre dite de suppuration, la gravité de l'état général feront penser à l'existence d'une infection à streptocoque. Disons enfin, avant de donner les conclusions de notre thèse, qu'à côté de la forme dite puerpérale pure ou gonococcique pure il existe une forme intermédiaire caractérisée par les deux formes surajoutées, fusionnées. Certaines malades ayant été infectées légèrement au moment de leur couches

et contractant ultérieurement une blennorrhagie ou bien étant devenues enceintes, ce qui est rare, avec des lésions anciennes ou récentes de périmétro-salpingite blennorrhagique, peuvent présenter des symptômes de périmétro-salpingite puerpéro-gonorrhéique.

C'est dans ces cas que l'on observe ces sortes de salpingites avec poches purulentes enkystées. Il semble que la suppuration d'origine puerpérale rencontre pour se diffuser des barrières causées par les adhérences d'origine blennorrhagique.

Pour terminer nous pouvons conclure :

1° Par la disposition anatomique de ses organes génitaux, la femme met en communication avec l'extérieur sa cavité péritonéale, par l'intermédiaire des trompes et de l'utérus ; l'extrême fréquence des infections salpingiennes et périmétro-salpingiennes est due à cette disposition.

2° Deux formes de péritonites septiques existent chez la femme et n'existent pas chez l'homme.

3° L'une de ces formes dite puerpérale est due à l'infection du péritoine pelvien consécutivement à l'infection de l'utérus soit après l'accouchement soit après l'avortement ; on peut faire naître une péritonite identique en dehors de tout état gravide, en infectant la cavité utérine soit par un cathétérisme, soit par un examen. Le streptocoque pyogène est le microbe ordinairement pathogène de cette péritonite.

4° A côté de cette péritonite existe une péritonite spéciale quant à son siège, car elle mérite le nom de *périmétro-oophoro-salpingite*, et qu'elle est toujours localisée dans le péritoine qui tapisse le petit bassin et les organes qu'il contient. Cette péritonite autrefois appelée pelvi-péritonite est également spéciale quant à la nature de son exsudat ; c'est un exsudat plastique, adhésif, qui fait de cette péritonite une sorte de péritonite sèche présentant des lésions péritonéales analogues aux lésions des autres séreuses, synoviales articulaires, tendineuses au cours du rhumatisme blennorrhagique.

Cette péritonite est aussi spéciale quant à ses causes car elle succède à l'infection gonococcique des voies génitales inférieures, vulve, glande de Bartholin (vagin, col et corps de l'utérus, trompe, ovaire).

5° Cette péritonite procède par poussées, mérite le nom de rémittente, et ses poussées coïncident avec la menstruation ou les excès sexuels. Aussi a-t-elle été décrite jadis sous les noms de pelvi-péritonite menstruelle congressive, etc.

Nous avons appelé cette péritonite blennorrhagique, gonorrhéique, on peut également l'appeler vénérienne.

6° On rencontre quelquefois une forme intermédiaire entre la péritonite puerpérale à streptocoque, et la péritonite vénérienne à gonocoque. C'est la péritonite puerpérale gonorrhéique qui emprunte aux deux formes qui l'engendrent sa symptomatologie et ses lésions.

7° Le diagnostic des lésions périmétro-salpingiennes au cours de la blennorrhagie est très important, il faut toujours redouter l'extension de la gonorrhée chez la femme et traiter très énergiquement les manifestations les plus légères de la blennorrhagie féminine.

8° Il faut surtout poursuivre avec la dernière énergie ces formes torpides, latentes d'endométrite cervicale à gonocoque, les injections intrautérines de teinture d'iode, de permanganate au 1/100 (je dis au centième), sont très efficaces.

Les travaux récents ne permettent plus d'ignorer qu'au point de vue de la reproduction de l'espèce non seulement la blennorrhagie est redoutable par les lésions qu'elle exerce sur le testicule, mais qu'elle est non moins à craindre par les lésions de tout genre qu'elle détermine sur l'appareil génital de la femme, que ces lésions soient utérines, tubaires, ovariennes, périutérines, périovariennes et péritubaires.

REVUE ANALYTIQUE

I. — Fibromes utérins (1)

Sur la structure de quelques fibromes kystiques et sur la néoformation des fibres cellules musculaires dans les fibromes utérins. (Sulla struttura di alcuni fibromiomi fluttuanti e nella neoformazione delle fibrocellule muscolari nei fibromi dell' utero), par Tusini. In *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1891, p. 473.

Dans les six cas qu'il a observés, Tusini a constaté que cette néoformation se produit le plus souvent par segmentation indirecte et exceptionnellement par scission directe. Il a voulu d'autre part vérifier les recherches de Galippe et Landouzy sur les micro-organismes des fibro-myômes. Or, il n'a trouvé ces microbes qu'à la périphérie des fragments de tumeur, jamais au centre.

P. Mauclaire.

Petit fibrome utérin sous-séreux causant une grande intolérance vésicale. (Small sub-serous fibroid of uterus the occasion of great intolerance of the bladder), par W. H. Baker. *Boston med. and surg. J.*, 20 août 1891, p. 189.

Très grande fréquence des mictions sans douleur le jour, aggravation des troubles par la fatigue ; diminution par le repos au lit et par le port d'un pessaire. Le corps de l'utérus était en rétroversion ; il y avait en avant et à gauche de lui un petit fibrome mobile du volume d'un œuf de poule. Les symptômes persistant pendant des années, les pessaires finissant par être mal supportés, Baker fait la laparotomie, enlève le petit fibrome ; guérison. Les symptômes vésicaux, évidemment d'origine réflexe, disparaissent définitivement.

H. H.

Guérison spontanée d'un myôme utérin volumineux. (Ein Fall spontaner Heilung einer grossen Fibromyoms der Gebärmutter), par A. Popoff et O. Stoff. *Deut. med. Wochenschr.*, 1891, n° 22, p. 730.

Femme d'une trentaine d'années, atteinte depuis cinq ans d'un

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, août 1892, p. 142.

fibro-myôme volumineux de l'utérus traité sans résultat par l'électricité, les injections d'ergotine, le perchlorure de fer, etc. État général très mauvais avec amaigrissement excessif. En 1890, attaque d'influenza avec broncho-pneumonie très grave. A ce moment il se produit un écoulement utérin abondant et la tumeur commence à diminuer, et 12 jours après, expulsion d'un fragment putréfié de la tumeur mesurant 12 centim. de longueur sur 8 de largeur et 3 d'épaisseur. Le lendemain, expulsion d'autres fragments moins volumineux. Disparition complète de la tumeur; l'utérus reprend ses dimensions normales. Guérison.

L'examen microscopique du fragment a montré qu'il s'agissait d'un fibro-myôme. A. B.

Cas extraordinaire de torsion de l'utérus, qui servait de pédicule à un gros fibrome datant de plusieurs années. (An extraordinary case of twisting of the Uterus, as the pedicle of a large fibroid tumor of many years existence), par JOHN HOMANS, de Boston. *Am. J. of Obst.*, mars 1891, p. 339.

La malade, âgée de 58 ans, avait son fibrome depuis 16 ans. Elle fut prise subitement d'une très violente douleur. Le lendemain seulement la température monta à 37°,8 et le pouls à 90°, et elle commença à vomir ; elle n'avait pas d'obstruction intestinale. Homans proposa la laparotomie, qui fut refusée.

Dix jours plus tard, la température atteignait 40°, et le pouls 130. Homans alors refusa d'opérer, et la malade succomba.

A l'autopsie on constata une péritonite purulente et la torsion de l'utérus, si serrée, que la circulation y était complètement arrêtée, « le fond utérin était séparé du col ».

A. CORDES.

Torsion multiple de l'utérus. (Ueber einen Fall von mehrfacher Achsendrehung der Uterus bei Myom der Fundus), par F. FICK. *Prag. med. Wochenschr.*, 1891, n° 19, p. 219.

A l'autopsie d'une femme de 56 ans, entrée à l'hôpital pour une pneumonie, on trouva, à côté d'un fibro-myôme utérin, l'utérus tordu 4 fois sur son axe, chaque tour mesurant 180°. Le pédicule formé entre le corps et le col de l'utérus mesurait 1 centim. de longueur sur 15 de circonférence. La cavité contenait du sang liquide; les veines étaient le siège d'une thrombose récente. Les ovaires et les trompes étaient infiltrés de sang. A. B.

Contribution à l'étude de la rotation autour de leur axe des tumeurs abdominales. (Contributo allo studio della rotazione assile dei tumori abdominali), par PICCININI. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1892, p. 132.

Après avoir rapporté plusieurs observations et la plupart des opinions émises sur ce sujet, Piccinini conclut que les causes de torsions du pédicule des tumeurs abdominales sont nombreuses et agissent souvent simultanément.

Ce sont les mouvements des intestins, de la vessie, de l'utérus et enfin les chocs et compressions de la paroi abdominale.

P. MAUCLAIRE.

Sur un cas de fibromes multiples de l'utérus compliquant la grossesse, par le Dr CARLO DECIO. Milan, 1891. Extrait *dagli atti dell' Associazione medica Lombarda*, n° 2.

L'auteur cite l'observation d'une femme âgée de 35 ans, primipare, qui vint accoucher dans le service d'obstétrique de Milan, dirigé par le professeur Mangiagalli.

Cette femme était atteinte de fibromes multiples de l'utérus interstitiels et sous-péritonéaux.

La présence de ces tumeurs gêna fort peu la grossesse ; et l'accouchement se fit sans difficultés. L'enfant était vivant et bien portant.

Les suites de couches furent aussi fort simples. Mais les tumeurs fibreuses n'ayant aucune tendance à disparaître, le professeur Mangiagalli se disposa à en faire l'ablation par la laparotomie.

Cette opération fut pratiquée dix-neuf jours après l'accouchement. Elle ne présenta aucun incident. Les deux tumeurs principales étaient volumineuses, de la grosseur d'une tête fœtale et sessiles. Une seule était pédiculée et plus petite que les autres.

Le pédicule utérin résultant de l'ablation des fibromes fut laissé hors de l'abdomen après avoir été lié avec un lien élastique et le ligateur de Pozzi ; cautérisé au thermocautère.

Les suites de l'opération furent normales. Un jour, cependant, la température monta à 39°, mais tout rentra dans l'ordre ; la malade guérit fort bien et put quitter l'hôpital cinq semaines environ après l'intervention.

L'auteur fait suivre cette observation de réflexions sur la prédisposition à la stérilité produite par les tumeurs fibreuses de

l'utérus, sur les causes de diminution des fibromes après les couches, et sur la conduite à tenir dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus compliquant la grossesse.

M. Péraire.

II. — Cancer de l'utérus

De la méthode d'amputation supra-vaginale de Schröder dans le cas de carcinome de la portion vaginale. (Ueber die Schrœder'sche supravaginale Amputation bei Portiocarcinom), G. Winter. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 196.

L'opération préconisée par Schröder (amputation sus-vaginale) semble presque complètement délaissée. De fait, hormis Hofmeier qui a fait en sa faveur des plaidoyers très documentés, la plupart des chirurgiens se sont nettement déclarés partisans de l'hystérectomie totale. On a élevé contre le premier mode opératoire un certain nombre d'objections, les unes un peu *secondaires* (possibilité de grossesses futures, mais anormales, avec prédisposition aux avortements, aux fausses couches; dystocies à craindre en raison de la malformation artificielle de l'utérus; le moignon utérin deviendrait le point de départ de douleurs parfois violentes; coexistence d'altérations de la muqueuse utérine avec le carcinome de la portion vaginale, altérations qui, une fois le col enlevé, pourraient devenir la source d'accidents, etc.); une *capitale*, qui suffirait à discréditer la méthode de Schröder, si elle était fondée: l'*association signalée du carcinome de la portion vaginale et de noyaux cancéreux du corps de l'utérus.*

Or, Winter reprend une à une toutes les objections formulées, et les soumet au contrôle des faits cliniques. A propos de la première (évolution de la grossesse chez une femme qui a subi l'opération de Schröder) il cite un cas très intéressant.

Obs. — Le 27 janvier 1885, Schröder opéra une femme âgée de 32 ans pour un cancer de la portion vaginale. Le néoplasme constituait une saillie aplatie, à bords durs, située sur la lèvre postérieure, s'étendant jusqu'au voisinage du cul-de-sac, et qui saignait au moindre contact. La lèvre postérieure fut amputée très haut, sans ouverture cependant du cul-de-sac de Douglas, tandis que la lèvre antérieure fut taillée en forme de coin, et seulement par une section sous-vaginale. Convalescence régulière; la femme quitta l'hôpital 17 jours après avoir été opérée. Toutefois, la lèvre

postérieure n'avait pas guéri par première intention, et, au moment de la sortie de la malade, on voyait, au lieu de la portion vaginale, une dépression circulaire, ayant les dimensions d'un mark, en processus de granulation, avec des bords élevés et en partie sphacélés. Durant une année, la femme s'abstint de rapports sexuels. Puis, la guérison s'étant affirmée, ils furent repris. Une grossesse survint ; dernières règles vers le milieu de mars 1889. Au commencement de novembre, la femme rentrait à l'hôpital, et donnait sur l'évolution de la grossesse, les renseignements suivants : 6 semaines environ après la suppression des règles, étaient survenus des vomissements, mais qui avaient peu duré. Depuis la fin de juillet, elle avait senti des douleurs lancinantes, qui irradiaient de la région lombaire vers la jambe (côté droit), et qui, en dépit de prescriptions variées, étaient allées en augmentant. Le 9 août elle avait senti les mouvements de l'enfant, qui étaient perçus surtout à droite, et qui augmentaient de beaucoup les douleurs signalées (perte du sommeil). En outre, depuis quelque temps la femme ressentait une autre espèce de douleurs, qui de la région lombaire droite irradiaient vers le bas-ventre, survenaient périodiquement, surtout la nuit et duraient 4-5 minutes.

La femme paraissait malade, fort anémique, dans un état de déchéance peu explicable par le seul fait de la grossesse. *Examen :* fond de l'utérus au-dessous des côtes ; liquide amniotique abondant, tête fœtale mobile au détroit supérieur. Orifice vaginal large ; absence de portion vaginale ; entrée du col transversale, perméable pour 1-2 doigts. Canal cervical court, long environ de 1 cent. ; en arrière, c'est à peine s'il existe un peu de col. Le tissu cervical est mou, relâché ; la poche des eaux bombe, comme sur le point de se rompre.

En ce qui concerne les douleurs, elles étaient de deux natures : les premières apparues étaient sûrement de nature névralgique, les autres étaient le résultat de contractions utérines. Celles-ci cédèrent au viburnum prunifolium et aux préparations opiacées, tandis que les premières ne firent qu'empirer. Le 17 novembre, accouchement facile, d'un enfant qui pesait 2650 gr.

Examen 5 jours après l'accouchement : l'auteur constata, au niveau de la région rénale droite, un empâtement diffus qui, dans les jours qui suivirent, aboutit à une tumeur rénale circonscrite, en

même temps qu'il survint des besoins impérieux d'uriner. Au dire de la malade, cette tumeur, qu'elle avait remarquée, aurait alternativement augmenté de volume et diminué à la suite d'abondantes mictions ; il s'agissait incontestablement d'une hydronéphrose siégeant à droite. Par le toucher, on trouva que l'utérus, en voie d'involution, était encore plus volumineux qu'à l'état normal et parfaitement mobile. Mais, à droite et en arrière de l'utérus, il y avait des masses dures, constituant une tumeur grosse comme le poing, qui paraissait siéger à droite de la colonne vertébrale et qui s'étendait en avant jusque vers la région moyenne de l'os iliaque. Le 10 janvier, nouvel examen ; l'utérus était bien revenu sur lui-même, un peu repoussé à gauche par la tumeur qui, de consistance osseuse et étroitement adhérente à l'os iliaque, atteignait l'acétabulum. Par le palper abdominal, on pouvait suivre son extrémité supérieure jusqu'à l'ombilic. La tumeur résultant de l'hydronéphrose était moins volumineuse. État général mauvais. Mort le 15 mars 1890, avec des accidents péritonitiques. (*Il y avait eu récidive du cancer et hydronéphrose par compression de l'uretère.*)

Cette observation montre : 1° *que la conception est possible après l'amputation supra-vaginale ;*

2° *Que la grossesse évolue sans troubles particuliers*, *et qu'elle peut arriver près du terme ;*

3° Que même cinq années après l'opération, on peut constater une récidive locale ;

4° Que la récidive pelvienne est fâcheusement influencée par la grossesse, l'accouchement, et les suites de couches.

L'auteur insiste particulièrement sur l'importance des deux premières propositions. Il relate ensuite brièvement une observation analogue communiquée par Veit, et rappelle les très rares cas de ce genre qu'il a pu relever dans la littérature médicale.

Ayant réfléchi que l'amputation sus-vaginale avait été pratiquée fort souvent, il s'enquit patiemment de ce qu'étaient devenues un assez grand nombre d'opérées (43), et constata avec surprise d'abord, *que pas une n'était devenue enceinte* (sauf un cas, encore douteux, d'avortement). Mais, à la réflexion, le fait s'expliqua. De ces 43 femmes, 23 déjà au moment de l'opération étaient, soit arrivées à la ménopause, soit veuves, ou bien avaient évité le coït par peur d'une grossesse, en somme ne s'étaient jamais mises dans

le cas de devenir enceintes. Quant aux 20 autres, qui étaient dans la période de la vie génitale, leur stérilité s'expliqua, dans les cas où l'examen put être fait, par la rétraction, l'étroitesse cicatricielle de l'orifice cervical.

Winter passe ensuite successivement en revue les autres objections élevées contre la méthode de Schröder et, après une critique documentée, leur oppose les propositions suivantes :

a) *L'appréhension de voir survenir des douleurs menstruelles ne doit pas nous empêcher de laisser un moignon utérin, parce qu'une cicatrisation favorable* (qu'on assure par une bonne technique opératoire) *en met les femmes à l'abri.*

b) *Les troubles généraux, qu'on doit attribuer à une métrite du corps* (celle qui coexiste avec le cancer de la portion vaginale) *ne persistent pas après l'opération, ou bien ils s'amendent, tôt et spontanément.*

c) *Au point de vue de la pratique, il est très important de savoir que la coexistence du cancer de la portion vaginale et du corps de l'utérus constitue une éventualité tout à fait rare.* (Sur des centaines de cas, Ruge ne l'aurait pas rencontrée une seule fois.)

Winter présente ensuite un tableau synoptique, indiquant les résultats fournis par l'opération de Schröder, depuis l'époque où Hofmeier communiqua ses statistiques sur le même sujet. (Les deux statistiques se complètent.)

En tout, il a été fait 155 extirpations partielles ; 10 femmes sont mortes de l'opération, soit 6,5 0/0, et 13 ont été perdues de vue. Voici ce que fournissent les 132 autres :

Durant la	1re	année,	récidive	57
—	2e	—	—	10
—	3e	—	—	5
—	4e	—	—	5
—	5e	—	—	3
—	6e	—	—	0
—	7e	—	—	0
—	8e-12e	—	—	0
Nombre total des récidives				80

Au total, 52 femmes n'ont pas encore eu de récidives ; 3 il est vrai ont été opérées durant les deux dernières années ; 49 restent guéries depuis plus de deux ans, soit 38 0/0 ; proportion assez

satisfaisante et qui défie la comparaison avec les résultats fournis par l'hystérectomie totale. L'important, c'est de savoir choisir les cas auxquels convient l'opération de Schröder et de ce choix tout chirurgien habile est capable.

Conclusions. — Il n'est pas juste, ainsi que le font aujourd'hui la plupart des opérateurs, de condamner l'amputation supra-vaginale. Car, *il est indiscutable que cette opération est moins dangereuse que l'hystérectomie totale, et que, pratiquée dans des cas judicieusement choisis, elle fournit des résultats aussi définitifs que sa rivale.* D'autre part, quand on a affaire à des femmes en pleine période d'activité génitale, c'est l'extirpation partielle qu'il faut préférer, parce qu'après l'opération, ces femmes peuvent concevoir et mener à bien la grossesse. En réalité, l'opération de Schröder n'est pas surannée; seulement, sa vogue reviendra quand les cancers de la portion vaginale s'offriront aux médecins, alors que l'affection est à son début.

R. L.

Deux cas d'hystérectomie vaginale pour sarcome de l'utérus. (On two cases of vaginal hysterectomy for sarcome of the uterus), Brewis. *Edinb. med. J.*, 5 juin 1892, p. 1082.

Obs. 1. — Femme âgée de 43 ans, qui avait eu un enfant 16 années auparavant. Restée bien portante, jusqu'à il y a quelques mois, quand elle fut prise, en dehors des époques menstruelles, d'un écoulement sanguin, rouge clair d'abord, puis sale, fétide, qui s'accompagnait de l'expulsion de masses plus ou moins volumineuses. L'examen permit de constater l'existence dans le vagin d'une masse de consistance spongieuse, friable, qui remontait, à travers l'orifice externe, dans l'utérus. A plusieurs reprises on enleva, autant que possible, les tissus anormaux, puis, comme le néoplasme repullulait avec une rapidité remarquable, et s'accompagnait des mêmes accidents (écoulement abondant, ichoreux, avec altération de la santé générale), on procéda à une extirpation aussi complète que possible de la tumeur, l'on termina par l'extirpation vaginale totale de l'utérus, parce qu'une exploration minutieuse avait laissé l'espoir que les régions péri-utérines étaient indemnes. La femme put quitter l'hôpital un mois après avoir été opérée, et se sentait à ce moment bien portante et forte.

Examen microscopique de la tumeur. — Examen des coupes

intéressant la base du pédicule de la tumeur : stroma fibro-cellulaire, renfermant des acini nombreux, les uns de petit, les autres de considérable volume. Ces acini étaient tapissés par un épithélium cylindrique, reposant sur une membrane basale homogène, et dont les cellules contenaient un noyau et un nucléole, près de la base. Ces cellules, dans un grand nombre d'acini étaient en voie de dégénérescence; d'autre part, bon nombre des cavités acineuses renfermaient des cellules dégénérées et des corpuscules connectifs en prolifération, et qui avaient traversé leurs parois. L'examen d'une portion de la tumeur enlevée un mois environ avant l'opération, fit établir, à ce moment, le diagnostic de myxosarcome, avec prédominance du tissu myxomateux.

Examen de plusieurs coupes de la tumeur : *a*) près de l'insertion du pédicule, restes de tissu adénomateux, avec, sur certains points, des cellules rondes de sarcome; *b*) plus loin de la base, cellules rondes de sarcome, pas d'acini; *c*) plus loin encore, sur certains points, disparition des cellules de sarcome, et substitution de tissu myxomateux.

Obs. 2. — Femme âgée de 49 ans, mère de 8 enfants, le dernier âgé de 11 ans. Depuis deux années environ, atteinte d'hémorrhagies parfois profuses; écoulement dépourvu d'abord de fétidité dès le principe, mais plus tard devenu fétide. Le curettage, qui permit par l'examen microscopique des tissus enlevés, lesquels étaient de consistance molle et d'aspect cérébriforme, de faire le diagnostic, apporta quelque soulagement. Mais les accidents ayant bientôt reparu, l'hystérectomie vaginale complète fut pratiquée. L'opérée succomba le 4e jour après l'opération. A l'autopsie, on constata que la cavité abdominale était tapissée de lymphe récemment exsudée, et que les intestins étaient soudés entre eux. Elle contenait aussi un liquide faiblement coloré. Pas d'obstruction mécanique de l'intestin.

Examen microscopique de l'utérus : 1) d'un fin lambeau, coloré au picro-carmin : nombreuses cellules rondes et fusiformes, pas de glandes dans cette pièce; 2) d'un autre fragment, durci dans l'alcool, et monté dans la paraffine : hyperplasie remarquable des glandes utriculaires, tapissées par un épithélium cylindrique avec basement-membrane, chaque cellule contenant, près de la base, noyau et nucléole. Dans quelques glandes les cellules étaient en état de tuméfaction trouble, dans d'autres en voie de dégénérescence. Tissu connectif cellulaire, semé sur certains points de cel-

lules rondes volumineuses, et, en d'autres points, entièrement remplacées par elles. Une section de la paroi utérine permit de constater que la musculeuse était hypertrophiée, mais normale. Quant à la muqueuse, enlevée par les curettages, elle manquait entièrement.

REMARQUES. — Dans le premier cas, il s'agissait d'un sarcome *circonscrit*, dans le second, d'un sarcome *diffus*. Dans les deux, *pas de douleurs*. Le trait clinique le plus frappant dans le premier, c'est la rapidité de la repullulation, c'est là un caractère spécial au sarcome circonscrit. D'ailleurs, cette tendance à la récidive était-elle encore plus accusée dans ce cas, en raison de certains rapports de la tumeur avec le myxome : à conclure de l'examen microscopique, il semble qu'il s'est agi au début d'un adénome qui, ultérieurement, a subi la dégénérescence myxomateuse. Dans le cas 2, l'épithélium, à la profondeur de 4 millim. environ, était uniformément épaissi par un tissu blanc, cérébriforme qui, au microscope, parut essentiellement composé de cellules rondes et fusiformes avec prédominance des premières. En ce qui concerne le traitement, l'auteur conclut à la supériorité de l'extirpation de l'utérus. Il attribue d'ailleurs la mort de la seconde opérée à une péritonite, suite d'une infection accidentelle et qu'on aurait pu éviter.

R. L.

Communication provisoire sur le traitement palliatif du cancer de l'utérus par l'alcool. (Vorlaüfige Mittheilung über die palliative Behandlung des Carcinoma uteri mit Alkohol). A. SCHULTZ. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 13, p. 255.

L'auteur a songé à employer l'alcool contre le cancer en escomptant sa double propriété : *a*) de tuer les bactéries; *b*) de coaguler les éléments albuminoïdes. Par cette double action, cet agent répondait aux deux théories admises sur l'origine du cancer : 1) théorie parasitaire; 2) théorie de la prolifération cellulaire.

Il a appliqué sa méthode à 10 cas, mais il n'en relate que 2, dans lesquels le traitement est pour l'instant terminé.

OBS. 1. — Femme âgée de 40 ans, sujette depuis plusieurs mois à des hémorrhagies fréquentes, suivies de l'écoulement d'un liquide fétide, et à des douleurs très accusées dans le bas-ventre, dans la région sacrée ; en plus, affaiblissement très marqué.

Examen au début du traitement. — La lèvre antérieure de la portion vaginale est transformée en un néoplasme, gros comme une noix, irrégulier, et qui saigne au moindre contact. Latéralement, le néoplasme tranche vigoureusement sur les tissus voisins. Toutefois, une petite ulcération s'étend quelque peu sur le cul-de-sac gauche. La lèvre postérieure à moitié ulcérée, paraît cependant normale. *Traitement :* les injections furent faites avec une seringue ayant environ 5 fois les dimensions d'une seringue de Pravaz ordinaire ; l'aiguille était enfoncée de 3 à 4 centimètres dans le tissu de la lèvre antérieure. Dès le principe, on fit des injections tous les jours, puis à des intervalles plus éloignés. Après chaque injection, application dans le vagin d'une bande de gaze iodoformée qui était enlevée le lendemain. Après 10-12 injections le néoplasme présentait une surface nette, granuleuse, beaucoup moins disposée à saigner. A ce premier résultat s'ajoutait une diminution remarquable des douleurs. Après 20 injections, le néoplasme était diminué de moitié, sa surface était nette, granuleuse, les phénomènes hémorrhagiques avaient complètement disparu, et l'écoulement, encore abondant, n'était plus fétide. Après la 45e injection la lèvre antérieure avait son volume normal, elle était seulement sans épithélium. L'aiguille pénétrait difficilement sous le tissu devenu fibreux. Au bout d'un mois 1/2, la femme se trouvait complètement guérie. Plus d'hémorrhagies, plus d'écoulement ; la portion vaginale est dépourvue d'épithélium, enfin encore après 4 mois, l'état de la femme reste encore excellent.

Obs. 2. — Dans ce second cas, il s'agissait d'un cancer plus avancé, ayant déjà envahi une bonne portion de la paroi antérieure du vagin, et par conséquent inopérable. Or, le même traitement (il fut fait 48 injections), amène encore une amélioration remarquable (cessation des hémorrhagies, diminution considérable de l'écoulement, état de bien-être).

Remarques. — Les injections furent toujours pratiquées la malade étant dans la décubitus latéral, après que la portion vaginale eût été mise bien en vue à l'aide du spéculum de Sims. Pour protéger le méat urinaire contre l'action caustique de l'alcool, il fut recouvert avec de l'ouate. On se servit pour les injections d'alcool absolu, 5 cent. pour chacune, et l'on en fit une à deux à chaque séance.

Plusieurs malades accusèrent des douleurs pendant les injections surtout quand l'aiguille était enfoncée profondément, mais ces

douleurs duraient peu. Il est à remarquer que la plus grande partie de l'alcool injecté reflue, entraînant beaucoup de tissu dégénéré, parfois même des fragments nécrotiques, volumineux. R. L.

Cas très rare de développement précoce d'un cancer du col utérin chez une jeune femme de 18 ans. (Un caso rarissimo di sviluppo precoce di cancro del collo dell'utero in giovane di 18), par SPINELLI. *Giorn. internaz. delle Sc. med.*, sept. 1891, p. 672.

La malade a refusé l'hystérectomie du col utérin, récidive au bout de deux ans. L'auteur n'a relevé dans la littérature médicale que trois ou quatre cas de développement aussi précoce de cancer utérin, la moyenne survenant entre 30 et 50 ans.

P. MAUCLAIRE.

Contribution à l'étude du sarcome de l'utérus (Contributo allo studio dei sarcomi dell'utero), par PESTALOZZA. *Morgagni*, sept. 1891.

Parmi les métastases multiples, celles du vagin se sont produites par le mécanisme de l'embolie rétrograde. Dans les deux cas rapportés avec examen histologique, il s'agit d'une variété de sarcome utérin hèmorrhagique qui avait infecté toute l'économie avec une rapidité extraordinaire. Le point de départ de la tumeur était peut-être des restes de la caduque.

P. MAUCLAIRE.

Hystérectomie vaginale dans le cancer. (Vaginal hysterectomy for cancer), par E. W. CUSHING, de Boston. *Amer. J. Obst.*, 1892, avril, p. 433.

Discutée assez vivement à Washington, en 1887, elle a été acceptée en 1890, à Berlin.

Mais Lawson Tait la désapprouve fortement. « La mortalité, « dit-il, est très considérable, et le petit nombre de cas dans lesquels le mal ne récidive pas, sont simplement des erreurs de « diagnostic. »

Cushing n'accepte pas les conclusions de Tait.

Comme il n'est guère possible de savoir avant l'opération jusqu'où le mal s'étend, l'auteur recommande l'ablation totale aussitôt que le diagnostic est posé ; « de même que le chirurgien enlève « le sein entier, quand il a reconnu l'existence d'un cancer « localisé dans une partie de la mamelle ».

Pour le diagnostic précoce, la friabilité du tissu, sa facilité à saigner et l'examen microscopique lui paraissent suffisants.

Pour se procurer la pièce nécessaire à l'examen au microscope, il ne craint pas d'enlever un lambeau cunéiforme, ce qui, dit-il, est peu douloureux, et peut être fait après une application de cocaïne. Il fait sur la plaie un pansement à la gaze, et s'il le faut un point de suture.

L'hystérectomie totale est le seul traitement qui permette d'espérer la guérison. Il l'a faite 30 fois pour un cancer et un adénome malin de l'utérus. Sur ce nombre, 15 malades opérées depuis plus d'un an, sont parfaitement portantes ; les autres, ou bien ont succombé à des accidents divers ou bien ont été opérées trop récemment pour qu'on puisse en parler au point de vue de la récidive.

Cushing se sert moins souvent qu'autrefois des pinces ; il fait le plus souvent des ligatures au catgut, et laisse le fond du vagin ouvert en y plaçant un drain de gaze iodoformée.

Les contre-indications sont la cachexie, les maladies graves des organes voisins, l'extension du cancer au vagin, au rectum ou à la vessie.

Chez les femmes à vagin fort étroit, l'utérus ne pouvant passer, il faut après un curage soigneux, faire l'hystérectomie abdominale. A. CORDES.

Sur la question du traitement et de la curabilité du cancer de l'utérus. (Zür Frage der Behandlung und Heilbarkeit der Carcinoma uteri), par HOFMEIER. *Münchener medic. Wochenschr.*, 1890, nos 42, 43.

L'auteur revient de nouveau au parallèle des résultats fournis par les opérations partielles et par l'extirpation totale de la matrice, dans le cas de cancer de l'utérus. De ses nouvelles observations, il conclut que : d'une manière générale, les guérisons définitives, après l'extirpation totale, se limitent aux cas dans lesquels, vraisemblablement, l'intervention partielle aurait suffi. Selon lui, il ne faut pas espérer des résultats meilleurs, soit d'une vulgarisation plus grande de l'hystérectomie totale, soit d'une intervention encore plus large. R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

LES SUPPURATIONS PELVIENNES (1)

Résumé et conclusions générales du rapport de **M. Paul Segond** (de Paris)

L'étude si actuelle des *suppurations pelviennes* soulève les questions les plus variées. Leur classification, la nature et le mode de progression des agents infectieux qui les engendrent, le siège exact de leur localisation, leurs caractères anatomo-pathologiques, leur évolution clinique et leur diagnose parfois si délicate sont en effet autant de chapitres qui méritent l'attention. Toutefois, sous l'impulsion des progrès de la gynécologie opératoire, il est certain que la thérapeutique de ces lésions complexes est aujourd'hui devenue l'objectif principal de nos recherches; et, si j'ai bien compris la mission que mes collègues de Bruxelles m'ont fait le grand honneur de me confier, j'imagine que l'étude du traitement devra constituer la dominante de mon rapport. C'est tout au moins dans cet esprit que je l'ai rédigé, et la même tendance va se trouver plus nette encore dans la note que voici. On y trouvera seulement l'exposé rapide des doctrines générales ou des points de pratique opératoire qui partagent encore nombre d'entre nous, et sur lesquelles le Congrès ne manquera pas de porter son attention plus particulière.

(1) *Congrès international périodique de gynécologie et d'obstétrique.*

Tout d'abord, que devons nous entendre par *suppurations pelviennes ?* Sous cette dénomination fort amplexive, on doit sans doute comprendre tous les états pathologiques caractérisés par la présence du pus dans le pelvis de la femme; et, prenant je suppose le siège primitivement extra ou intra-péritonéal des collections purulentes comme caractère différentiel, on peut à l'exemple de Jacobs, en dresser un tableau général complet. Je crois cependant qu'il est préférable de simplifier un peu moins, et qu'il est en particulier nécessaire de distinguer les suppurations pelviennes qu'on pourrait dire *secondaires* et celles qui sont *primitives.*

Celles-ci correspondent aux collections péri-utérines proprement dites. Elles ont pour point de départ un processus inflammatoire siégeant soit dans les annexes, soit dans le tissu cellulaire péri-utérin; les classifications basées sur la localisation intra ou extrapéritonéale du pus leur conviennent absolument, et c'est aux collections de cette nature qu'on devrait, me semble-t-il, réserver d'une manière exclusive la dénomination de *suppurations pelviennes proprement dites.* Je ne ferai d'exception qu'en faveur de l'*hématocèle suppurée,* dont le diagnostic différentiel est parfois tellement ardu qu'il devient pour ainsi dire impossible de savoir si la suppuration est primitive ou consécutive à un épanchement sanguin.

Tout autres sont les collections purulentes développées à l'intérieur ou bien autour d'une tumeur préexistante. Celle-ci peut être un *kyste*, un *fibrome*, voire même un *cancer* de l'utérus ou une *grossesse ectopique,* peu importe; le cas n'en reste pas moins spécial, et les suppurations intra ou périnéoplasiques observées dans ces conditions veulent être envisagées séparément. Leur étude peut être d'ailleurs assez rapide, car au point de vue de leur traitement, je n'aurai guère de divergences à relever. En effet, si l'on excepte certains cas rares de *kystes suppurés* du ligament large, qu'il est peut être avantageux de traiter par incision simple; si l'on excepte encore certaines *collections purulentes secon-*

daires, qu'il est parfois prudent d'évacuer avant de songer à l'ablation des tumeurs qui les accompagnent, on peut dire d'une manière générale, qu'en présence d'une femme atteinte à la fois de suppuration et de tumeur abdominale, la laparotomie est bien, pour tous les chirurgiens, l'opération de choix.

Toutefois, me basant sur quelques observations personnelles, j'aurai l'occasion de montrer que dans ce premier groupe de faits, l'hystérectomie vaginale peut, aussi bien que dans les suppurations pelviennes proprement dites, trouver des indications nettes et rendre les plus éclatants services. Je ne parle pas seulement ici des cas biens rares de *cancers utérins compliqués de suppuration pelvienne;* il est clair que l'hystérectomie vaginale est la seule opération qui leur convienne. Ce que je me propose surtout d'établir c'est que la même opération est encore très souvent l'opération de choix, lorsque la suppuration s'observe chez des femmes atteintes de fibromes de gros volume, à la condition bien entendu que ce volume ne soit pas excessif et que la limite supérieure de l'utérus ou des fibromes ne dépasse pas le niveau de l'ombilic.

Ces premières considérations posées, j'en arrive aux *suppurations pelviennes proprement dites*. Ici encore, et toujours pour ne parler que du traitement, il est, à la vérité, nombre de points de pratique sur lesquels on ne discute plus. Mais combien d'autres restent litigieux ? Je sais bien qu'il y a des principes généraux sur lesquels chacun s'entend, ou à peu près. On reconnaît par exemple « que la thérapeutique des affections des annexes est étroitement solidaire de celle des affections de l'utérus, comme ces affections elles-mêmes sont solidaires de celles de la matrice », et que, « d'une façon générale, les grandes interventions chirurgicales doivent être réservées autant que possible pour les formes chroniques ». Rien de plus juste que ces deux axiomes récemment invoqués par Le Dentu. Mais les textes de loi les meilleurs ne sont pas tout, et s'il est naturel d'en accepter la signifi-

cation générale, il ne s'ensuit pas que leur interprétation soit toujours fort aisée. Et cela, parce qu'il nous faut à chaque pas compter soit avec les difficultés indiscutables que nous réserve la juste appréciation des cas particuliers, soit avec les tendances variées des chirurgiens les plus consciencieux.

Chacun peut juger de ce que j'avance en parcourant nos publications les plus récentes. Qu'il s'agisse d'élucider le *diagnostic* des suppurations pelviennes ou de déterminer la part qu'il convient de faire à leur *thérapeutique conservatrice;* qu'il s'agisse de se prononcer sur *les indications d'une chirurgie plus radicale* ou sur *le choix de l'intervention la meilleure,* les opinions les plus diverses se croisent aussitôt, et dans ces conditions, il devient assez délicat d'exposer avec précision l'état actuel de la question. Je m'efforcerai néanmoins de le faire de mon mieux, et ce n'est qu'après avoir scrupuleusement consigné l'avis de tous les chirurgiens compétents, que je me permettrai de soumettre au contrôle des membres du Congrès les conclusions auxquelles je me suis personnellement rallié et dont voici l'exposé général :

En premier lieu, il doit être bien entendu que, dans le traitement des suppurations pelviennes, les *interventions graves comme la laparotomie ou l'hystérectomie seront toujours scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice,* soit qu'on ait la conscience d'en avoir épuisé les ressources, soit que l'urgence du cas particulier défende toute temporisation. Je m'excuse presque de souligner un précepte aussi formel; mais l'insistance, souvent trop significative, avec laquelle on l'a réédité ces derniers temps et le désir d'éviter tout malentendu m'en ont démontré la nécessité.

En rappelant les droits imprescriptibles de la *thérapeutique prudente et conservatrice,* je n'entends certes pas faire le moindre retour vers l'expectation systématique ou rési_

gnée, mais déplorable de nos anciens maîtres. Je veux simplement témoigner de mes tendances personnelles, et montrer en particulier que, d'accord avec les chirurgiens qui protestent contre les opérations excessives, j'estime qu'on doit tout mettre en œuvre pour en limiter sévèrement les indications. A plus forte raison doit-on s'efforcer d'en prévenir la nécessité si je puis ainsi dire, et je crois qu'à cet égard on ne saurait trop insister sur l'influence salutaire d'une *thérapeutique utérine bien dirigée*, c'est-à-dire « conduite avec rigueur et ténacité à partir du premier moment où des signes d'infection apparaissent dans l'appareil génital ». Doléris l'a spécifié très justement, et je pense avec lui que l'*antisepsie vaginale*, le *curettage*, la *dilatation large* et le *drainage de l'utérus* sont, au point de vue préventif, des armes toutes puissantes. Il n'est pas douteux qu'en sachant bien les manier, on pourrait diminuer de beaucoup le nombre des cas justiciables des grandes opérations.

Est-ce à dire qu'il faille, en présence d'une suppuration périutérine avérée, raisonner de la même manière et préconiser l'*emploi systématique des méthodes indirectes*, qui permettent d'obtenir l'*évacuation du pus par voie utérine ?* Je ne le crois pas. Non point que je mette en doute les faits démontrant l'efficacité de la méthode de Valton ; je les conteste si peu qu'à mon avis on a presque le devoir d'essayer toujours cette méthode à la période initiale des pyosalpingites, lorsque le volume de la tumeur n'est pas trop considérable, lorsque le péril n'est pas imminent et surtout lorsqu'il reste un doute sur la nature du contenu de la poche, ce qui n'est point rare. Mais c'est tout ce que l'on peut dire, et j'estime qu'il y aurait péril à généraliser davantage. Bref, les indications de la méthode de Valton sont, à mon sens, exceptionnelles dans le traitement des suppurations pelviennes ; et, pour peu que les désordres péri-utérins aient quelque importance, il est souvent plus prudent de faire d'emblée de la chirurgie directe que de risquer un curettage préalable.

La part du *traitement prophylactique* et de la *thérapeu-*

tique indirecte des abcès péri-utérins étant ainsi tracée, nous restons en présence de la chirurgie opératoire proprement dite, dont il faut étudier les armes et les indications. Quant à la nécessité d'intervenir chirurgicalement toutes les fois qu'il y a du pus autour de l'utérus, je pense qu'elle n'est plus à démontrer.

Deux méthodes fort distinctes se trouvent ici en présence. L'une se propose d'obtenir la guérison par simple évacuation du pus ; l'autre, plus radicale, réalise à la fois cette évacuation et la suppression plus ou moins complète du foyer générateur du mal. Je ne voudrais en aucune façon contester les avantages de la première manière de faire. Elle trouve ses indications fort nettes dans certains cas particuliers ; et lorsqu'on se trouve par exemple en présence d'une *collection purulente qui s'est d'elle-même rapprochée d'un point accessible*, c'est-à-dire de la paroi abdominale ou des culs-de-sac vaginaux, il est clair qu'on n'a pas à discuter le choix de l'intervention. Il faut d'abord *inciser* et *drainer*, quitte à *agir plus tard sur la lésion causale*. Mais, si nombreuses que soient les voies proposées pour permettre l'incision simple des collections pelviennes, je ne crois pas qu'on y trouve autre chose qu'une *méthode d'exception*. C'est qu'en effet, pour qu'on soit autorisé à inciser un abcès pelvien, il ne suffit pas que l'incision soit possible, il faut encore et surtout qu'elle soit rationnelle et suffisante. Or, si l'on excepte les *collections phlegmoneuses récentes*, ou même certaines *hématocèles suppurées* dont l'incision s'impose comme unique méthode de traitement raisonnable, nous trouverons tout au plus comme justiciables du même procédé les quelques *rares variétés d'abcès pelviens d'origine ovaro-salpingienne* dont Bouilly a dernièrement pris le soin de spécifier les caractères. Sur ce point je ne pense donc pas qu'il y ait matière à longues discussions.

Quant à la *valeur intrinsèque des procédés* conseillés pour atteindre le pus dans le pelvis ; je ne crois pas qu'il soit non plus très difficile de la déterminer. Ils sont à la vérité fort

nombreux; et même, sans parler de la *ponction simple, qu'on doit, à mon sens, toujours déconseiller* ici comme en beaucoup d'autres circonstances, nous avons encore à juger les divers modes de l'incision, suivant qu'elle procède par *voie vaginale, rectale, sacro-coccygienne, périnéale, inguino-sous-péritonéale* ou *pariétale* proprement dite. Or, S. Bonnet l'observe avec raison, tous les procédés compris dans cette liste comptent sans doute des succès qui en sont la justification, mais tous aussi sont passibles de la même réflexion : « Ils ne peuvent être généralisés », et leur utilité ne se mesure qu'au « nombre restreint de cas particuliers auxquels chacun d'eux peut répondre ».

Le fait est évident pour les *incisions pariétales simples.* Leurs indications particulières sont les mêmes pour tous les chirurgiens, et, que l'incision soit *hypogastrique, iliaque, inguinale, crurale* ou *fessière,* elle n'est jamais que l'application particulière d'une loi fort élémentaire : on donne issue au pus dans la région où il est venu pointer de lui-même. Bref, on traite la collection pelvienne comme un abcès vulgaire, et rien n'est plus légitime. Mais il y a plus, et dans la série des procédés en question il en est plusieurs qui peuvent être jugés beaucoup plus sommairement ; ce sont les incisions par voie *rectale, périnéale* et *sacro-coccygienne.*

Pour les premiers, point d'hésitation possible : *toute évacuation opératoire d'un abcès pelvien par voie rectale est sûrement une mauvaise opération.* Pour *les interventions sacro-coccygienne* ou *périnéale* que certains chirurgiens semblent vouloir préconiser depuis quelques temps à la suite de Wiedow, d'Hégar et de Otto Zuckerkandl, il est peut-être sage de surseoir à leur jugement définitif. Toutefois, on peut observer dès maintenant que, de l'aveu même de leurs défenseurs, les indications de ces incisions complexes semblent singulièrement exceptionnelles, et, pour ma part, quels que soient les enseignements de l'avenir, je ne crois pas qu'ils soient jamais de nature à nous faire préférer les larges débridements que nécessite la *périnéotomie*

ou la *résection sacro-coccygienne* aux conditions vraiment si parfaites dans lesquelles nous placent la *laparotomie* ou l'*intervention par les voies naturelles*.

Tout compte fait, les deux seuls procédés de la méthode évacuatrice pure qui soient susceptibles d'une certaine généralisation sont *l'incision par voie inguino-sous-péritonéale* et *l'incision par voie vaginale*. Comme je l'ai dit plus haut, l'une et l'autre trouvent leurs indications nettes dans plus d'un cas particulier et notamment dans les *collections phlegmoneuses* proprement dites, ou même dans certaines *hématocèles suppurées*. Je rappelle enfin que leur manuel opératoire est fort simple. L'évacuation par voie inguinale s'adressant aussi bien aux collections à *plastron abdominal* qu'aux *abcès plus profonds*, dont l'accès exige un décollement sous-péritonéal plus ou moins étendu, il s'ensuit qu'au point de vue de l'opération nécessaire, on doit s'attendre à tous les intermédiaires qui peuvent séparer le *débridement le plus banal* de la *laparotomie sous-péritonéale* telle que la comprend Pozzi.

A son tour, l'*évacuation par voie vaginale* présente *deux variétés* principales, suivant qu'elle s'exécute avec ou sans ouverture du péritoine. Mais dans le premier cas, alors même qu'on prend le soin de suturer à la plaie vaginale les bords de l'incision faite à la poche non adhérente qu'on a voulu atteindre par cette voie, je crois l'intervention passible des plus graves objections. La seule *incision vaginale* recommandable est celle qui permet l'évacuation du pus *sans ouverture du péritoine*, ainsi qu'il arrive pour les *abcès pelviens* proprements dits et pour les *pyosalpingites adhérentes*. Dans ces conditions, son manuel opératoire ne présente aucune difficulté. Le cul-de-sac vaginal étant mis à découvert par des écarteurs appropriés, il suffit d'inciser droit devant soi et je ne crois pas du tout qu'il soit nécessaire de recourir à l'instrumentation spéciale imaginée par Laroyenne. Avec une pince pour fixer l'utérus, des écarteurs pour y voir ou décoller les tissus, un bistouri et ses

doigts, on a largement tout ce qu'il faut pour bien faire et même pour très bien faire.

Si la méthode d'*évacuation par incision simple* doit rester limitée dans ses applications possibles, il en est tout autrement pour les deux grandes opérations que je dois maintenant juger, et je ne crois pas avoir à rappeler comment la *laparotomie* et l'*hystérectomie* constituent, dans la majorité des cas, le traitement de choix des suppurations.

Pour la *laparotomie*, la démonstration n'est plus à faire. Il est en effet de notoriété courante qu'elle sait répondre à toutes les indications : et, si le traitement des *suppurations intra-péritonéales enkystées libres ou peu adhérentes* constitue son triomphe indiscutable, elle n'est pas moins capable de donner des succès merveilleux dans les circonstances beaucoup plus complexes qui s'observent en cas de *pyosalpingites adhérentes*, de *pelvipéritonite*, d'*hématocèle suppurée* ou de *suppurations mixtes* à la fois intra et sous-péritonéales.

Pour l'*hystérectomie*, c'est-à-dire pour l'opération de Péan, l'accord est loin d'être aussi parfait, et peu de questions ont eu le secret de susciter polémique plus violente ; on a même avancé qu'elle avait eu les honneurs du *pamphlet* ce qui est peut-être beaucoup dire ! En tous cas, si l'on en croyait les assertions de quelques-uns de ses adversaires, assertions qui, soit dit en passant, semblent d'autant plus formelles que leurs signataires ont moins d'expérience personnelle, l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes devrait être à jamais condamnée, ou peu s'en faut. Pour les uns, c'est une intervention « aveugle et brutale », un « recul de la chirurgie française », ou bien encore « un produit plus ou moins inavoué d'erreurs de diagnostic parfois grossières ». D'autres, perdant toute mesure, s'en prennent aux hystérectomistes eux-mêmes, et, paraît-il « devant une nouvelle hystérectomie à commettre », leur délicatesse professionnelle à jamais éteinte n'éprouve plus l'ombre d'une « perplexité », etc., etc. J'en passe et des meilleures.

L'avenir de l'hystérectomie serait-il donc à ce point compromis? Non certes. Et pour s'en convaincre il suffit de mesurer, sans parti pris, le chemin parcouru depuis le jour où j'ai pris la défense de l'opération de Péan devant la Société de chirurgie. Peu après, nos adversaires ont sans doute multiplié leurs objections, et dans les publications successives de Pozzi, de Le Dentu et de Doléris, pour ne mentionner que les principales, rien n'a été négligé pour accumuler les arguments destinés à nous perdre. Mais, encore une fois, je ne vois pas que la campagne menée contre nous ait réussi. Tout ce qui s'écrit, se dit, ou se passe, le démontre.

L'hystérectomie reste à l'ordre du jour, et ce rapport en est la preuve; aux critiques de ses adversaires, elle peut opposer maintenant les communications concluantes de Reclus, de Terriilon, de Richelot et de Quénu à Paris; de Jacobs et de Rouffart à Bruxelles; pas un de ses premiers adeptes ne manque à l'appel; plusieurs de mes collègues de Paris lui doivent, chaque jour, de nouveaux succès; enfin, parmi ceux qui la condamnaient sans appel au début, il en est qui déjà se montrent singulièrement moins sévères. Pozzi lui-même compte au nombre de ces convertis. Je sais bien qu'il en convient comme à regret et qu'il entoure ses concessions de toutes les restrictions possibles; mais, pour être aussi partielle qu'on voudra, sa conversion n'existe pas moins. Plus d'une fois déjà il a posé lui-même les indications de l'hystérectomie; il l'a pratiquée avec succès, et dans la dernière édition de son livre on peut lire en toutes lettres que, « dans certains cas déterminés de suppuration diffuse, l'hystérectomie vaginale *est parfois supérieure* à l'intervention par l'abdomen ». Pratiquée dans ces conditions, dit-il encore, « elle met les opérées dans de *très bonnes conditions de guérison* », et « elle permet un largo drainage dont la déclivité assure l'*efficacité* ».

Dira-t-on maintenant que nos arguments ne valent même plus qu'on s'y attarde, que la cause est entendue et notre procès perdu? Ceux qui le pensent ou désirent le faire croire

s'abusent étrangement, et pour qui douterait encore j'espère que les documents bibliographiques dont mon rapport ne manquera pas de faire mention seront enfin des arguments décisifs. En fait, on peut dire qu'à l'heure actuelle tous les chirurgiens qui ont bien voulu consentir à mettre eux-mêmes l'hystérectomie à l'épreuve acceptent résolument la netteté de ses indicatioes d'une part, dans les *récidives de suppuration pelvienne après laparotomie*, et d'autre part dans *les pelvipéritonites suppurées avec enclavement de l'utérus, adhérences étendues et poches purulentes multiples.* A cet égard, pas de contestation possible, et ceux-là même dont les préférences pour la laparotomie sont le moins déguisées en conviennent. J'en veux pour témoignage la conclusion générale d'un très bon article publié il y a quelques mois par S. Bonnet. L'hystérectomie, dit-il, « sera *la ressource suprême* contre les cas complexes, heureusement rares, de *pyosalpinx* ou d'*ovaro-salpingites compliquées de pachy-pelvi-péritonite, de suppuration secondaire* du tissu cellulaire avec ou sans *fistules*. Elle sera aussi l'*opération de choix* après *échec* ou *insuffisance de la laparotomie.* Limitée à ces indications, à côté, mais non à la place de la laparotomie, elle échappera à tous les reproches qu'elle a pu encourir et rendra d'*incontestables services* ».

Nous voici bien loin des affirmations pessimistes dont j'ai parlé, et l'hystérectomie, dût-elle se contenter dans l'avenir de ces premières et capitales conquêtes, que nous aurions encore la conscience d'avoir combattu le très bon combat. Mais on sait que notre ambition est plus grande. Dans les cas précités, la valeur de l'hystérectomie est pour nous trop évidente pour exiger de nouvelles preuves, et ce que nous aurions à cœur de montrer c'est que la supériorité de l'hystérectomie se retrouve avec autant de netteté dans le traitement des poches purulentes énucléables. Bref nous voudrions voir triompher la formule que j'ai proposée à la Société de chirurgie en disant que *l'hystérectomie est indiquée dans tous les cas de suppuration pelvienne qu'il est*

aujourd'hui classique de traiter par laparotomie avec ablation bilatérale des annexes.

Les trois considérations sur lesquelles nous basons notre manière de voir sont, on le sait, la *gravité moindre*, *l'efficacité supérieure* et *l'absence de cicatrice*. Les chirurgiens qui ne veulent pas de l'opération de Péan, ripostent, je ne l'ignore pas, avec des *arguments contradictoires* dont plusieurs ont une sérieuse valeur. Mais, pour des raisons précises dont je m'efforcerai d'établir toute la validité, nos préférences pour l'hystérectomie n'en demeurent pas moins formelles. Pour ma part, mes convictions sont chaque jour plus positives. Il est faux que j'aie tenté jamais le moindre changement de front, ainsi qu'on a voulu l'insinuer dans un article très spirituel peut-être, mais parfaitement inexact au double point de vue des interprétations et des citations.

Bref, je suis plus que jamais certain que l'opération de Péan est supérieure à celle de Lawson Tait dans les conditions que j'ai spécifiées. C'est qu'en effet, pour appuyer mes conclusions, je n'ai plus seulement les 23 faits de ma première communication et ce que Pozzi baptisait jadis mon « vain appel à l'avenir, sans valeur pour le présent ». Je possède maintenant plus de 92 observations personnelles : elles ne m'ont donné que 8 morts, et j'ai le ferme espoir qu'avec l'aide de ces documents il me sera possible de réfuter, mieux que je n'ai pu le faire lors de la première discussion, les objections qui nous ont été faites aussi bien sur le *pronostic immédiat* et le *pronostic d'avenir* que sur les *difficultés* ou les *dangers* de l'opération.

La tâche me sera d'autant plus facile que parmi ces objections il en est plus d'une dont la valeur est purement théorique. Tout ce qu'on a dit par exemple sur l'*impossibilité d'y voir*, sur l'*encombrement par les pinces*, sur l'*infidélité de l'hémostase*, sur la fréquence des *complications opératoires*, ou bien encore sur le *caractère incomplet de l'intervention*, est loin d'être exact. Sans doute l'hystérectomie a, tout comme la laparotomie, ses *écueils*, ses *dangers*, ses

imperfections, ses *difficultés* ou même ses *impossibilités*; mais, considération bien significative, celles-ci comme ceux-là s'observent en des conditions qui sont à peu près les mêmes pour les deux opérations. Nous prétendons en outre que, dans le traitement des suppurations pelviennes, l'hystérectomie réalise mieux que toute autre intervention les conditions d'une *guérison durable*, aussi bien quand elle est complète que dans les conditions inverses.

Quand la nature des lésions permet l'*ablation totale* de l'utérus et des annexes, ce qui est infiniment plus fréquent qu'on ne semble le croire, le fait est trop clair. Lorsque l'étendue des lésions s'oppose à l'ablation complète des annexes, la *supériorité thérapeutique* du résultat opératoire est moins évidente, mais elle *n'existe pas moins*. Et, qu'on le note bien, nos convictions à cet égard ne sont plus seulement théoriques. Lorsque nous affirmons qu'on peut, après l'hystérectomie, compter sur l'*atrophie* et la *transformation cicatricielle des parties respectées* sans qu'il reste nulle part, sauf exception très rare, une *épine quelconque susceptible de réveiller les lésions*, nous en avons maintenant des preuves cliniques indéniables. Nous pensons même que cette mort anatomique et physiologique des annexes, une fois l'utérus enlevé, est plus certaine que ne peut l'être celle de l'utérus après l'ablation des annexes, et c'est précisément pourquoi nous estimons qu'il est, d'une manière générale *plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes que les annexes, sans l'utérus*. D'autant que, pour ma part, j'ai peu à peu acquis la conviction que là où l'ablation complète des annexes est impossible ou dangereuse par la voie vaginale, il y a bien des chances pour qu'il en soit à peu près de même par la voie sus-pubienne. On sait du reste que, dans l'hystérectomie pour suppurations pelviennes, *on respecte de parti pris les adhérences* qui sont d'habitude la cause de ces impossibilités opératoires, et, qu'on le veuille ou non, on est bien contraint de reconnaître que de ce chef l'hystérectomie se trouve exonérée de l'un des plus cruels écueils de la laparotomie.

La conclusion s'impose donc, et pour nous il est démontré qu'au point de vue de la *sécurité* comme à celui des *ressources opératoires*, l'hystérectomie ne le cède en rien à la laparotomie. Tout opérateur expérimenté qui voudra bien s'exercer au nouveau manuel de l'opération en conviendra très vite ; et, bien entendu, je parle uniquement ici de l'*hystérectomie par morcellement*, de Péan, laquelle est, on le sait, caractérisée par la combinaison variable de deux manœuvres fondamentales : le *morcellement par résections transversales successives des deux valves utérines obtenues par section transversale de l'organe après solide hémostase préventive*, et le *morcellement par évidement central sans hémostase préalable de la zone utérine correspondante*. Je suis en effet persuadé que ces deux manœuvres peuvent triompher pour le mieux de toutes les difficultés, sans qu'il soit avantageux de leurs substituer la *section médiane* de Müller que Quénu et Routier voudraient remettre en faveur, ou de les faciliter par les *débridements vulvaires* que Chaput vient de conseiller.

La section médiane de Quénu est à la vérité très commode *quand elle est possible*, mais *le morcellement par évidement central lui est toujours supérieur*. Quant aux débridements vulvaires, ils donnent sans doute du jour, mais on peut très bien s'en passer quand on fait du vrai morcellement. Dans ces conditions, j'estime que, pour le simple agrément d'être un peu plus à l'aise, on ne possède aucune bonne raison d'infliger aux opérées un traumatisme supplémentaire et de les priver en même temps de cette intégrité parfaite des formes extérieures qui n'est point l'un des moindres privilèges de la méthode que nous préconisons. Pour ma part, depuis que j'ai appris l'hystérectomie par morcellement, les voies naturelles m'ont toujours suffi non seulement en cas de lésions inflammatoires péri-utérines, mais aussi chez nombre de femmes à vulve très étroite hystérectomisées pour de volumineux fibromes. Mon expérience actuelle portant sur plus de 150 hystérectomies, j'espère

qu'on voudra bien accorder quelque valeur à cette déclaration.

Pour l'instant, je dois me borner à ces considérations. Toutefois, et sans préjudice de mon plaidoyer ultérieur, il est *deux objections générales* que je tiens à relever ici, car longtemps encore on ne manquera sans doute pas de nous les opposer. *La première* est basée sur ce fait que l'hystérectomie serait, comme le disait autrefois Pozzi, « une opération de certitude qui suppose l'infaillibilité du diagnostic ». Ici par conséquent « *point d'incision exploratrice; le premier coup de bistouri entraîne la perte fatale de la fécondité* ». Partant de là, tout ce qu'on a pu dire sur les « opérations non justifiées » ou sur « les mutilations irréparables » se devine aisément. Le thème prête à coup sûr aux digressions les plus humanitaires, et si jamais l hystérectomie leur devait sa perte, elle conserverait au moins le mérite d'une coïncidence singulière mais positive avec ce réveil de notre sollicitude pour la pureté des diagnostics et la conservation des facultés génératrices.

Mais, tout dictés qu'ils soient par un sentiment des plus respectables, les cris d'alarme que nous avons provoqués ne me semblent pas moins excessifs. Et d'abord, *il n'est pas juste d'avancer que par les voies naturelles le premier coup de bistouri entraîne fatalement la perte de la fécondité.* Non point que je veuille ici prétendre, qu'au point de vue de l'exploration, la voie vaginale soit en aucune manière une rivale de la laparotomie. Semblable affirmation serait une absurdité. Je prétends simplement, en me basant sur des faits déjà signalés à la Société de chirurgie à propos d'une communication de Nélaton, je prétends, dis-je, qu'avec un peu d'expérience, l'incision du cul-de-sac postérieur peut être, elle aussi, dans certains cas, *utilement exploratrice* et que, même après avoir commencé une hystérectomie, on peut encore *s'arrêter à temps.* Au surplus, et pour ne rien exagérer, laissons à l'argument l'incontestable portée qu'il peut avoir en maintes circonstances. En résulte-t il que l'hysté-

rectomie puisse être proscrite à l'égal d'un nouvel et dangereux facteur de dépopulation ? Je ne le pense pas et je puis répéter ce que j'écrivais à Pozzi l'an dernier :

Nous savons très bien ce que des personnalités peu instruites ou insuffisamment scrupuleuses, peuvent faire des meilleures opérations. Il est aussi bien certain que nos diagnostics les plus travaillés ne sauraient prétendre à l'infaillibilité et de même que les laparotomistes ont plus d'une fois supprimé des annexes qui ne demandaient qu'à vivre, de même les hystérectomistes sont exposés à pareil mécompte. Mais quels que soient ces abus ou ces erreurs, je ne vois pas que l'avenir de l'hystérectomie puisse en souffrir davantage que celui de la laparotomie et c'est, me semble-t-il, abuser un peu des droits de la discussion que de remettre en cause, pour juger la valeur spéciale d'une opération, tout ce qui peut avoir trait aux indications générales de l'intervention chirurgicale dans le traitement des affections des annexes. Ici comme toujours, il faut agir selon sa conscience de clinicien et franchement si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions ovaro-salpingiennes semble aussi nettement avérée que leur incurabilité médicale, je ne crois pas que l'intervention vaginale mérite jamais le reproche d'être plus compromettante que la laparotomie pour la reproduction de l'espèce.

Tout ceci me conduit à *la deuxième objection générale* qui nous est si souvent opposée : je veux parler des *difficultés du diagnostic* et, cette fois, je suis le premier à reconnaître le bien-fondé de cet argument capital sur lequel Lucas-Championnière a l'un des premiers très judicieusement insisté. « Admettons, disait-t-il, que l'hystérectomie soit l'intervention de choix dans le traitement des suppurations pelvienne, soit. Mais alors, comment affirmer le diagnostic de la présence du pus ? Sur quels signes nous guiderons-nous pour préférer au contrôle de la laparotomie, ce qu'il peut y avoir d'irrémédiable dans l'hystérectomie. » Rien de plus juste. Aussi bien serais-je très embarrassé pour répon-

dre, si la suppuration était à mes yeux la seule indication de l'hystérectomie. Mais tel n'est point mon avis.

A mes yeux, comme à ceux de Péan, les indications de l'hystérectomie sont les mêmes que celles de l'ablation des annexes par laparotomie. Ce qui nous importe pour décider l'intervention, ce n'est donc pas le fait de la purulence, c'est *la bilatéralité et l'incurabilité médicale des lésions péri-utérines*, et dès lors l'objection tombe d'elle-même. Je ne conteste point que les indications de l'hystérectomie, ainsi précisées, ne puissent encore laisser place à l'erreur et j'accepte très bien qu'il faille donner la préférence à la laparotomie chaque fois qu'un diagnostic paraît douteux. Mais je n'en maintiens pas moins ma conclusion et je le repète : si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions semble, de par les données cliniques, aussi nettement assurée que leur incurabilité médicale, j'estime que l'intervention par les voies naturelles conserve toutes les garanties d'une opération rationnelle et pleinement justifiée.

Tels sont les divers points que je m'efforcerai de démontrer par l'analyse de nos documents personnels. Sans m'exagérer leur portée, j'espère cependant que mon argumentation pourra trouver quelque crédit même auprès des chirurgiens qui suspectent le plus le bien-fondé de nos assertions. En tous cas, il verront, preuves en main, que nos résultats thérapeutiques sont bons et durables; ils constateront qu'en nombre de circonstances nous triomphons des lésions suppuratives les plus graves; ils reconnaîtront même que nos opérées ont plus de sécurité et de satisfaction sans cicatrice qu'avec le plus séduisant des surjets ; et lorsqu'ils sauront enfin que l'hystérectomie est souvent moins grave que la laparotomie peut être aurai-je la satisfaction infinie de voir plus d'un nouvel adepte se rallier à notre cause.

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES (1)

Par **A. Martin** (Berlin).

Dans l'étiologie de la grossesse ectopique, les obstacles mécaniques à la progression normale de l'œuf, jouent un rôle capital, toutefois, on ne réussit pas à en démontrer la présence dans tous les cas. De toute manière, il faut que le point d'implantation de l'œuf, le terrain de nutrition soit à peu près sain. Le sperme doit, à travers la cavité utérine, arriver jusque dans la trompe. L'étiologie restera dans le domaine de l'hypothèse aussi longtemps qu'on n'aura pas réussi à préciser le point où, physiologiquement, se fait la rencontre du spermatozoïde et de l'ovule.

L'insertion ovarique, bien que relativement très rare, est indiscutable. L'insertion tubaire est de beaucoup la plus fréquente, et, ici, la région ampullaire fournit le plus habituellement le point de greffe. Sur 56 cas de grossesses tubaires, il en fut ainsi; 34 fois l'œuf était dans la trompe droite, 22 fois dans la droite.

Immédiatement après la nidation de l'œuf, la caduque tubaire apparaît, et, généralement, elle se forme d'une façon irrégulière : l'œuf, semble-t-il, n'est jamais complètement enveloppé. La sérotine est constituée par une membrane moins uniforme que celle *in utero*. Le placenta fœtal, d'après les recherches faites jusqu'ici, ne diffère pas du placenta fœtal utérin. La musculeuse tubaire ne se modifie pas, ne se développe pas peu à peu, mais présente plutôt une atrophie accusée. Le péritoine est plus ou moins enflammé. La portion restante de la trompe n'a pour ainsi dire pas subi de modifications, seulement l'extrémité frangée est relâchée.

Sur 55 cas observés par Martin, 11 fois seulement le siège

(1) Communication au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles, septembre 1892, d'après le « *Cent. f. Gyn.* », n° 39, p. 771. R. L.

de l'insertion de l'œuf était sur le côté de la trompe tourné vers le ligament large. L'utérus augmente en volume, et se trouve en état d'hypertrophie générale. Constamment, et sous l'influence d'une sorte de solidarité physiologique, il y a formation d'une caduque utérine, qui, à la vérité, n'est pas absolument régulière. Elle peut en particulier rétrocéder tandis que l'œuf ectopique continue à se développer.

La grossesse ectopique, en général, se termine par *avortement tubaire*. Et celui-ci se fait, habituellement, durant les 3 premiers mois :

Dans le	1er	mois.	15 fois.	Dans le	6e	mois.	2 fois.
—	2e	—	13 —	—	7e	—	1 —
—	3e	—	11 —	—	8e	—	2 —
—	4e	—	7 —	—	9e	—	1 —
—	5e	—	4 —				

Une seule fois, Martin est intervenu, l'enfant étant vivant.

Le plus souvent, l'interruption de la grossesse est la conséquence inévitable du défaut de parallélisme entre le développement de l'œuf et de son contenant.

L'*avortement tubaire* — c'est-à dire l'évacuation de l'œuf à travers l'*ostium abdominale* — est très fréquent. Martin pense que le durcissement de la trompe et les coliques tubaires sont les effets de l'irruption du sang par l'oviducte.

L'avortement a lieu parce que les vaisseaux nouvellement formés, et à parois délicates, éclatent à cause de l'absence d'une musculature vigoureuse. Il ajoute qu'on observe nombre de guérisons sans qu'on ait opéré, mais en faisant soigneusement remarquer que, dans ces cas, la guérison est toujours fort lente, et que même, tout danger de shock ayant disparu, on n'est pas à l'abri d'accidents de putréfaction, de suppuration.

Très souvent, il existe de la péritonite circonscrite, localisée dans le bassin.

Martin cite, d'après Schauta, 241 cas livrés à eux-mêmes :

Rupture, hémorrhagie libre dans la cavité abdominale..	128
Rupture avec formation d'hématocèle, péritonite.......	22
Rupture dans l'intestin..............................	34
Rupture dans la vessie..............................	9
Rupture à travers la paroi abdominale................	5
Rupture dans le vagin................................	4
Expulsion par l'utérus..............................	6
Incarcération (iléus)................................	4
Lithopœdion sans douleurs............................	9
	241

Lui-même a observé 5 cas, tous suivis de mort. Rarement, on observe le complexus symptomatique de la grossesse normale, mais, toujours, il existe quelques symptômes de gestation. Au début, la menstruation est irrégulière, souvent elle se supprime durant un temps plus ou moins long; en beaucoup de cas, elle est excessive ou diminuée, fréquemment enfin survient une hémorrhagie continue. Durant les 3 premiers mois, il s'agit d'un diagnostic de probabilité. Les symptômes essentiels consistent dans l'apparition périodique des douleurs et dans le collapsus d'origiue anémique.

Retativement au *pronostic*, l'enfant n'entre pas en ligne de compte, car, la plupart du temps, il meurt avant le terme. Quand, par hasard, l'enfant survit jusqu'au terme, la vie de la mère et celle de l'enfant sont encore exposées à taut d'éventualités, qu'il faut, dans l'intérêt de la mère, se désintéresser de l'enfant. Le pronostic pour la mère varie beaucoup. Sur 241 cas, où l'on intervint, 31 0/0 mères guérirent, 68,8 0/0 succombèrent. Sur 585 cas, où l'on intervint, 76,6 0/0 mères guérirent, 23 0/0 succombèrent. Martin a réuni les chiffres de Schauta jusqu'en 1892, et il a trouvé que sur 265 cas, abandonnés à eux-mêmes, 36,9 0/0 mères furent sauvées et sur 515 où l'on intervint, 76,7 0/0.

Il faut intervenir toujours de bonne heure par la laparotomie, à défaut de quoi les femmes sont exposées aux ennuis et aux risques d'un long marasme.

Martin ne croit pas les injections de morphine (méthode

de Winckel) suffisamment efficaces, parce que, même après la mort du fœtus, des hémorrhagies avec toutes leurs conséquences graves, peuvent survenir.

L'électricité, il la rejette. Avec Tait, Veit, Werth et Pozzi, il est pour l'extirpation complète de l'œuf.

En réalité, dans le plus grand nombre des cas, l'énucléation totale de l'œuf est possible, rarement, l'on se trouvera dans la nécessité de recourir, comme dernière ressource, à la suture de la poche ovulaire à la paroi abdominale et au drainage par le vagin (suivant la méthode proposée en 1881, par l'auteur, au Congrès de Londres).

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR GUÉRIR LES FLEXIONS UTÉRINES (CUNÉIHYSTÉRECTOMIE)

Par le professeur **Thiriar** (Bruxelles) (1).

Messieurs, nos moyens chirurgicaux, orthopédiques ou opératoires, nous permettent actuellement de remédier complètement à certaines déviations utérines, telles que le prolapsus, la rétroversion ou la rétroflexion; seule, l'antéflexion de l'utérus n'a pas encore bénéficié des progrès de la gynécologie opératoire. Son traitement a peu varié, il se résume à faire disparaître dans la mesure du possible, les symptômes morbides accusés par la malade.

Tous les moyens employés contre l'antéflexion ont été jusqu'ici infidèles, quelques-uns sont mêmes dangereux et, si on réussit quelquefois à soulager la patiente, on n'a guère l'espoir de guérir radicalement cette déviation. Seule la méthode de Brandt (massage suédois) est peut-être assez efficace, mais elle exige beaucoup de temps et de patience de la part de la malade, beaucoup d'expérience et certaines aptitudes spéciales chez le gynécologiste. Ce sont là des

(1) Communication au congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles, septembre 1892.

conditions que les malades de la classe riche peuvent rencontrer, mais qu'il est bien difficile d'accorder aux malheureuses qui ont besoin de travailler pour vivre. Ce sont ces considérations qui m'ont conduit à pratiquer la cure radicale de l'antéflexion utérine par une opération que j'appellerai cunéihystérectomie.

Cette opération consiste à faire subir au point le plus saillant d'une courbure de flexion utérine une perte de substance cunéiforme à base ellipsoïde. En suturant les bords de l'avivement, on obtient ainsi le redressement et le maintien de l'organe dans sa position physiologique.

C'est là le but de la thérapeutique et la cunéihystérectomie réalise un progrès sérieux. En résumé, j'ai appliqué aux flexions utérines la résection cunéiforme qui réussit si bien dans les ankyloses angulaires du genou.

La malade que j'ai opérée de la sorte est une femme de 22 ans sans profession, accouchée normalement il y a 18 mois. Les règles ont toujours été douloureuses ; mais c'est depuis 5 mois seulement qu'elle a de véritables crises à l'époque menstruelle : vives douleurs, nausées, vomissements. Dans l'intervalle des époques, la leucorrhée était abondante et la miction était toujours difficile.

Entrée dans mon service le 21 juin dernier, il me fut facile de constater l'existence d'une antéflexion complète. Le col était fléchi sur le corps à angle aigu.

L'hystéromètre redressait cette déviation ; j'essayai l'emploi d'un pessaire qui ne fut pas supporté.

Le 7 juillet je pratiquai la cunéihystérectomie. Je fis une incision de 12 centimètres à la paroi abdominale.

Mon 1er assistant, le docteur Du Pré, refoula les intestins de façon à vider le fond du bassin et j'attirai le plus possible l'utérus au dehors au moyen d'une pince érigne. Sur l'angle postérieur saillant de la flexion, je fis un avivement elliptique de 2 centimètres environ de large et comprenant toute la largeur de la matrice. Le lambeau enlevé comprenait tout le tissu utérin jusque la muqueuse non comprise.

L'hémorrhagie fut peu abondante; je réunis alors les bords de cet avivement au moyen de 5 points de suture en catgut n° 2. L'utérus fut dès lors parfaitement redressé et, abandonné à lui même, il conservait sa position nouvelle. Le ventre fut refermé par 3 plans de suture et un tampon de gaze iodoformée fut placé dans le vagin pour soutenir l'organe opéré.

Les suites de cette opération furent des plus heureuses. La plus haute température observée fut de 37°,6.

A différentes reprises je constatai le résultat parfait de mon opération. L'opérée quitta l'hôpital le 4 août.

Le 6 septembre, l'ex-malade me fit savoir qu'elle n'éprouvait absolument plus aucune douleur. Elle avait eu ses règles la semaine précédente sans aucune difficulté; « elle était admirable de santé », selon son expression.

Cette opération vient, je pense, combler une lacune dans le traitement des déviations utérines ; elle est tout aussi applicable à la rétroflexion qu'à l'antéflexion. A la rétroflexion nous pouvons déjà opposer l'hystéropexie ou l'opération de Deneffe-Alexander; nous étions à peu près désarmés contre l'antéflexion.

La cunéihystérectomie n'est pas, il est vrai, très facile à exécuter; après la laparotomie, il faut vider en quelque sorte le petit bassin et réséquer le coin utérin dans la profondeur de l'abdomen, mais, avec un peu d'habitude, on y parvient et on a tout au moins la perspective de procurer une guérison radicale à des malheureuses qui, sans cela, sont condamnées à souffrir indéfiniment. On peut également comprendre la muqueuse utérine dans la résection, il faut alors au préalable assurer l'antisepsie parfaite de la cavité utérine par un curettage soigné et une désinfection minutieuse; le redressement utérin serait ainsi plus complet et la stabilité de la position physiologique de la matrice, plus certaine.

On ne peut pas encore actuellement porter d'appréciation sur la valeur du procédé, car il n'a été mis en pratique que dans un seul cas.

L'avenir nous édifiera sur son importance.

LA KINÉSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE *(Fin)* (1)

TRAITEMENT SUÉDOIS DES MALADIES DES FEMMES

(Méthode de Th. Brandt.)

Par **H. Stapfer**, ex-chef de clinique obstétricale de la Faculté de Paris, chargé de mission en Suède, 1891.

GYMNASTIQUE

On devrait généralement savoir que le Suédois Ling est l'inventeur célèbre d'une gymnastique fort différente de la nôtre, car les exercices de force et d'adresse en sont à peu près exclus. Elle recherche l'équilibre des fonctions par un travail égal des groupes musculaires et convient également aux forts et aux débiles, aux enfants, aux adultes, aux vieillards. La médecine devait tirer parti de cette idée géniale ; elle y ajouta le massage dont certaines pratiques étaient déjà comprises dans le système de Ling Ainsi se trouva créée en Suède une thérapeutique nouvelle qui prit essor sous l'impulsion de docteurs et de professeurs distingués. Le système est fondé sur le principe des mouvements à résistance. Celle-ci est exercée par le gymnaste ou par des machines (école de Sanders) ; mais quel que soit le mérite de ces ingénieux mécanismes, le gymnaste moins automate conserve sa supériorité. Les appareils dont il se sert sont peu nombreux, simples et bien imaginés. La plupart des procédés aujourd'hui usités un peu partout pour le redressement des déviations, sans violence ni emprisonnement du corps, ont une origine suédoise, et telle invention née à Stockholm, y revient parfois par la Russie, l'Allemagne ou la France, dénaturée plus souvent que perfectionnée, quelquefois adaptée à des usages différents de l'usage original. Tel est l'appareil suspenseur dont on a fait usage pour les ataxiques.

(1) Voir *Annales de gynécologie*, 1892, août, p. 81, et septembre, p. 189.

Le principe de la gymnastique suédoise, est donc la mise en jeu, isolément, des divers groupes musculaires. Jamais on ne pousse les exercices jusqu'à la lassitude et ils sont précédés, suivis et accompagnés de mouvements respiratoires profonds qui activent la circulation, la vivifient et procurent une sensation de détente. C'est peut-être à l'emploi de la gymnastique de Ling que Suédois et Suédoises doivent la conservation de leur belle prestance atavique ; mais c'est en tous cas à elle — et ceci nous intéresse particulièrement au point de vue médical — que beaucoup d'entre eux sont redevables de ne pas souffrir de divers excès. Elle est hygiénique par excellence. Plusieurs nations possèdent aujourd'hui des établissements semblables à ce qu'on nomme à Stockholm, instituts de gymnastique et de massage. La France est, je crois, le seul grand pays, qui ait abandonné leur création à l'initiative individuelle. C'est un officier de l'armée suédoise, du nom de Schenström, notre hôte il y a peu d'années, qui, sans se laisser rebuter par les difficultés, fonda en 1874 un établissement de ce genre, et par sa conviction persuasive, par son honorabilité, surtout par les preuves péremptoires qu'il donna des bienfaits du système de Ling, sut se conquérir et lui conquérir l'estime des médecins auxquels il la fit connaître.

Brandt a eu l'idée d'associer la gymnastique de Ling à son traitement des maladies des femmes. Il l'a fait d'une intelligente et heureuse façon. On peut dire, tant les résultats sont encourageants, que les mouvements musculaires sont le complément indispensable du massage. Sans eux on n'aura dans bien des cas que des demi-succès, et ils sont capables à eux seuls de guérir certains troubles de fonction. *Ils agissent* **localement**, *sur les organes génitaux*. Je parle par expérience. Avant de les connaître, je me figurais qu'ils avaient tout au plus une action générale tonique, et j'étais disposé, à l'image des médecins allemands, à les rejeter comme un inutile *impedimentum*, ou à les abandonner aux hommes de profession. Je comprends aujourd'hui que c'est une grosse

faute, née d'un jugement superficiel. On la commet d'autant plus volontiers que les mouvements musculaires exigent une véritable et toute nouvelle étude, et leur pratique une attention soutenue, sans parler de la dépense de force. Si l'opérateur ou le malade sont distraits et agissent machinalement, la gymnastique se borne à des attitudes grotesques, à des gestes télégraphiques ridicules pour qui n'en saisit pas le sens, et ses effets sont nuls.

Je classerai les mouvements d'après l'interprétation physiologique très générale qu'on en peut donner, comme j'en résumerai autant que possible la description d'après le nom anatomique des groupes musculaires mis en jeu. Cette nomenclature me semble au point de vue didactique préférable à la terminologie suédoise d'ailleurs presque intraduisible. Ainsi, au lieu de dire : écart et rapprochement alternatif des cuisses, je dirai, si le groupe des abducteurs doit se contracter seul : mise en jeu des abducteurs avec résistance du médecin à l'écart des genoux et résistance du malade à leur rapprochement. De cette façon il n'y a pas d'erreur possible ; mais il faut savoir que les mouvements gymnastiques se montrent beaucoup mieux qu'ils ne se décrivent dans un livre ou se représentent par des figures.

La gymnastique gynécologique doit être divisée en trois séries de mouvements : la première décongestionnante des organes pelviens ; la seconde congestionnante ; la troisième destinée à fortifier la musculature pelvienne.

Je me bornerai, dans cette brochure, aux mouvements gynécologiques proprement dits, les plus essentiels faisant ressortir l'importance de la gymnastique comme moyen curatif local et génital ; mais il importe de savoir qu'à côté de ceux-là il en est d'autres relevant de la gymnastique générale suédoise qui employés avec le massage constituent un précieux secours contre les réflexes dont souffrent les femmes atteintes d'affections du bas-ventre.

Mouvements décongestionnants. — Dans cette série on fait agir isolément ou simultanément le groupe des abduc-

teurs fémoraux et les muscles du dos. Médecin et malade sont tous deux actifs. L'effort général est interdit. La malade doit respirer librement. Les deux exercices les plus importants sont les suivants :

1° *Action réunie des abducteurs fémoraux et des muscles du dos.* — La femme est couchée sur le dos dans l'attitude qu'elle prend pour le massage ; mais les pieds un peu renversés sur leur bord externe, se touchent et se fixent l'un contre l'autre par leur bord interne. Sur l'ordre du médecin, la femme soulève le siège en haut en prenant son point d'appui sur la nuque et les épaules Elle se cale à droite et à gauche au moyen des coudes. Alors le médecin rapproche les genoux jusqu'au contact, la malade contractant les abducteurs fémoraux pour résister à l'effort de l'opérateur. Puis elle écarte les cuisses, le médecin résistant à son tour. Le va-et-vient est répété huit à dix fois, avec intervalle de repos s'il y a lieu. Le médecin est assis à gauche de la malade; sa main droite embrasse le genou gauche, sa main gauche est posée à plat sur la face externe du genou droit et bien au milieu de façon à faire porter l'effort ou la résistance sur une large surface ; mais sans exercer de pesée. Si la malade exécute mal le mouvement, résiste par soubresauts, ou inégalement, une cuisse travaillant plus que l'autre, le médecin se mettra en face d'elle, un genou sur le canape, ou debout et courbé ; mais cette attitude est fatigante pour lui. La malade doit respirer librement. Ce n'est pas un effort général, c'est un effort local.

2° *Action des muscles du dos seuls.* — La femme est assise sur un tabouret au bord même du siège, jambes écartées. Elle se penche en avant et étend ses bras en avant et en haut, la tête en extension. Le médecin placé à une hauteur suffisante pour dominer la malade, saisit ses mains par le carpe, alors la malade fléchit les avant-bras et ramène les coudes très en arrière, les faisant passer à distance du corps. Le médecin résiste à ce mouvement, pendant lequel la malade efface la poitrine. Puis elle revient à

sa première position. La manœuvre est répétée cinq ou six fois et toujours terminée en flexion des avant-bras. **Quand elle est bien exécutée, la malade éprouve une sensation de chaleur marquée le long de la colonne vertébrale dans la région dorsale.**

Mouvements congestionnants. — Dans cette série on n'agit pas sur des groupes musculaires isolés. On provoque l'afflux du sang vers le bassin par l'action simultanée de plusieurs groupes, par des attitudes fatigantes, par l'excitation directe, par l'effort, ou au contraire par des mouvements passifs. La malade est tantôt fortement active, tantôt inerte ou passive.

Voici quelques types de ces diverses variétés :

1° *Mouvement actif. Attitude fatigante. Effort.* — La malade, debout devant un siège, tabouret de hauteur moyenne, auquel elle tourne le dos, fléchit une jambe et pose la face dorsale des orteils sur le tabouret. Elle est donc en équilibre sur un seul pied. Le mouvement est composé de quatre temps : 1er *temps :* la femme se dresse sur la pointe du pied; 2e *temps :* elle fléchit la jambe et la cuisse ; 3e *temps :* elle redresse la jambe et la cuisse; 4e *temps :* elle pose le talon à terre.

Cet exercice se répète alternativement sur les deux membres. Il peut être exécuté par la femme seule qui alors place les mains sur les hanches en effaçant la poitrine et tenant la tête droite; mais il est plus actif si les bras sont dressés verticalement au-dessus de la tête. Seulement l'équilibre devenant instable, la femme doit être légèrement maintenue à droite et à gauche, ou mieux encore par les deux mains qu'elle lève haut.

2° *Mouvement passif.* — La femme étant étendue sur le dos, à demi relevé, elle fléchit la cuisse sur le bassin. L'opérateur saisit le talon d'une main, la plante du pied s'appuyant sur l'avant-bras ; de l'autre main, il empoigne la jambe sous la rotule et fait exécuter des mouvements de circumduction à l'articulation coxo-fémorale, de dedans en

dehors. Un aide maintient l'autre membre. L'exercice est répété alternativement sur chaque membre. Plus le cercle tracé par le genou du membre mis en rotation est régulier, meilleur est le gymnaste.

3° *Excitation directe.* — On l'obtient par la percussion dorsale et sacro-iliaque. C'est l'exercice décrit dans les livres de massage sous le nom de hachures et tapotements. La percussion du dos se fait de haut en bas et de bas en haut à droite et à gauche de la colonne, à quatre ou cinq reprises, avec le bord cubital des mains, poignet très souple, avant-bras et bras fixes, doigts écartés, l'auriculaire frappant le premier et par sa phalangette. Elle est précédée de deux ou trois passes rapides de haut en bas, de la paume des mains embrassant dans leur concavité l'épine dorsale.

Pour la percussion sacro-iliaque on se sert du poing lâchement fermé. On frappe avec la face dorsale des phalangettes, à trois reprises différentes et dans trois directions : oblique, sacrée et transverse : 1° de la crête iliaque droite ou gauche au côté correspondant de la pointe sacrée; 2° sur la crête sacrée de la base au sommet ; 3° sur la base du sacrum. **Le poignet doit être délié, les coups toujours fermes, quelquefois forts, mais élastiques, point trop rapides et donnés avec d'autant plus d'insistance qu'on veut produire plus de congestion.** Pendant la percussion sacro-iliaque, l'opérateur, placé à gauche de la malade, soutient le bas-ventre de sa main libre. **La femme est debout et droite, les mains appliquées au mur, les jambes écartées.**

Mouvements développant la musculature pelvienne. — Destinés surtout aux prolapsus, ils consistent : 1° dans la mise en jeu des adducteurs fémoraux et du plancher périnéal ; 2° dans les excitations directes.

1° *Action des adducteurs fémoraux et du plancher périnéal.* — La position de la femme et du médecin est celle que j'ai décrite pour le jeu des abducteurs. Seulement le médecin résiste au rapprochement et non à l'écart des genoux. Brandt et le professeur Preuschen disent que dans cet exer-

cice le releveur se contracte. Cela est probable, en effet, puisque par le rapprochement énergique des cuisses on a la sensation nette d'une contraction des muscles périnéaux inférieurs. Brandt recommande aux malades atteintes de prolapsus du rectum, de croiser plusieurs fois par jour les jambes et d'exécuter le mouvement qu'on fait pour retenir une selle. Même conseil pour le prolapsus utérin. La clinique nous enseigne que certaines femmes, dont le périnée est à peine entamé, ont la sensation d'une insuffisance de soutien et un degré variable de prolapsus, tandis que d'autres ont un cloaque, avec déchirure de quatre ou cinq centimètres de la cloison, sans que l'utérus s'abaisse d'une ligne. Cela prouve que la couche musculaire du périnée joue un rôle secondaire dans le maintien des organes génitaux, mais elle joue un rôle et c'est sur elle qu'agit la gymnastique de Brandt.

2° *Excitation directe.* — On l'obtient par la percussion dorsale et sacro-iliaque que j'ai décrite plus haut; **mais la femme n'est plus en station verticale**. Elle est sur pieds, mais tellement penchée en avant, qu'elle tomberait si elle n'avait un appui pour ses mains, et la percussion est pratiquée rapidement, sans insistance. Ce n'est plus une excitation forte qu'on cherche, mais une excitation légère, et partant un effet directement opposé, la contraction et non la dilatation des vaisseaux, la décongestion et non la congestion.

La femme conserve ses vêtements, dénoués, dégrafés, flottants, pendant les exercices gymnastiques. Ils se pratiquent d'ordinaire par séries, toujours terminées et quelquefois interrompues par ce qu'on appelle mouvement indifférent ou de repos, c'est-à-dire, par exemple, quelques mouvements respiratoires passifs, profonds qui procurent une sensation de détente et de bien-être.

Les exercices appliqués par Brandt à la gynécologie sont nombreux. *Ils exigent de la part de l'opérateur du savoir, de l'expérience et surtout* **une constante attention**; *de la part de l'opérée plus d'intelligence qu'on ne croirait* et la **même**

constante attention. Autrement, ce sont, je le répète, d'inutiles et ridicules gestes télégraphiques. J'insiste encore sur ce point. La première fois que j'en ai été spectateur, je n'ai pu me défendre d'une grande incrédulité. Quand je les ai expérimentés, mon scepticisme s'est évanoui. Leur puissance est remarquable; **mais il faut qu'ils soient bien exécutés.** Un des médecins qui se sont le plus occupés de cette gymnastique, le D[r] Lindblom, m'écrivait récemment à ce sujet : « l'effet des mouvements est d'ordinaire excellent; quelquefois il est nul ». Ai-je eu personnellement ce qu'on appelle, série heureuse? Je ne sais, mais je pense actuellement que, dans les cas où l'effet est nul, les mouvements sont mal exécutés. Je dis mal exécutés, je ne dis pas mal donnés, puisque le D[r] Lindblom opère à l'Institut central de Stockholm, d'où sortent les meilleurs gymnastes. J'ai remarqué que quelques malades, nerveuses, molles, peu attentives, arrivent avec peine à une bonne exécution, quand elles y arrivent. Il faut que le médecin soit très patient, jamais pressé d'en finir et sache enseigner. De plus, dans certains cas, en particulier dans les hémorrhagies, les exercices doivent être répétés deux et trois fois par jour. C'est du moins ce que j'ai fait et je m'en suis bien trouvé.

V. — Effets physiologiques du traitement.

A) Massage. — Le premier, le plus constant, parfois le seul effet du massage est la disparition de la douleur. J'insiste de nouveau sur la propriété analgésique de l'opération bien conduite. La douleur qu'elle fait subir doit être aisément supportée et cesser en même temps que l'opération. Un massage dans lequel la force est employée d'emblée, outre les inconvénients locaux auxquels il expose, produit durant les heures qui suivent la séance, des troubles généraux : courbature, sueurs froides, tremblements. Tout cela est évité par ce que j'ai appelé préliminaires analgésiques. Comment agit-on? Sans nul doute sur l'innervation et le

système circulatoire, mais ce massage préparatoire est parfois si superficiel, que je me demandais lors de mes premiers essais, si en réalité j'avais une action quelconque. Tous ceux qui m'imiteront se poseront la même question, et, après quelques séances, se rendront à l'évidence. Je crois qu'on agit non seulement par la main extérieure, mais par le doigt qui touche. Il ne fournit pas seulement un point d'appui. Lorsque j'ai visité les salles de massage de l'Institut central de Stockholm, j'ai été très frappé du fait suivant : Une malade était assise devant un élève qui appuyait sur la région du cœur, la pulpe de trois doigts. Tous deux étaient plus immobiles que des statues. Je demandai au Dr Levin qui m'accompagnait, pourquoi on prolongeait ainsi ce qui me semblait être une simple exploration. « Ce n'est pas une exploration, me répondit-il, c'est du massage » ; et lisant sur mon visage plus que de la surprise, il posa lui-même la pulpe de trois doigts sur la face dorsale de ma main. Je perçus aussitôt dans la profondeur des tissus une sensation de *thrill* caractéristique. Impossible cependant de saisir la plus légère vibration apparente des doigts. Puis il me conduisit près d'une malade et me dit de prendre son pouls que je trouvai petit et irrégulier. Le Dr Levin appliqua ses doigts à nu à gauche du sternum, et peu après, les pulsations se régularisaient, prenaient de l'ampleur, et diminuaient de fréquence. Tous ceux qui ont visité l'Institut central de Stockholm, ont été témoins de faits analogues. Je suppose que dans le massage des organes génitaux le doigt intérieur, bien qu'immobilisé, agit par une vibration inaperçue, analogue à celle dont je viens de parler.

Quoi qu'il en soit, alors même que la main extérieure et le doigt qui touche ne se transmettent aucune sensation parce que les tissus sont trop douloureux pour être déprimés, ils opèrent efficacement l'un et l'autre et probablement l'un par l'autre. J'ai toujours vu, jusqu'à présent, par le massage préliminaire, les réflexes exaltés se calmer. J'admets qu'il y ait une part à faire à l'accoutumance; mais il y a certaine-

ment effet analgésique. Il convient même d'ajouter antiphlogistique. L'opérateur sent quelquefois dès la seconde ou troisième séance, d'ordinaire après plusieurs, mais en tous cas d'autant plus vite que l'affection est plus récente, un changement de consistance des masses paramétritiques. Il y a déplétion vasculaire lymphatique et sanguine, à condition que le traitement soit bien conduit, car l'opérateur est maître de congestionner ou décongestionner le pelvis, soit par le massage, soit par les mouvements musculaires.

Par un massage léger, superficiel et court, on excite les vaso-constricteurs, on empêche les stases sanguines, on précipite les courants. Par un massage vigoureux, on produit l'effet contraire. On augmente les hémorrhagies, on paralyse momentanément les vaisseaux. Le Dr Lindblom (1) dans une brochure où il a minutieusement décrit l'augmentation de volume de l'utérus par le massage, s'étonne de ce que l'hémorrhagie s'arrête malgré la congestion de l'utérus. Il me semble que l'explication que je viens de donner est plausible. En tous cas, elle est d'accord, aussi bien que mes observations, avec des faits connus et incontestés.

J'ai observé les phénomènes suivants, dans les cas de métrorrhagies : au moment où l'index est introduit, sa pulpe appliquée dans le cul-de-sac vaginal droit, perçoit les battements de l'artère utérine dont les pulsations sont énergiques. Après un massage court, et très léger, une sorte d'effleurage de la face utérine postérieure, les pulsations sont moins fortes, puis elles disparaissent et ne peuvent plus être perçues par le toucher seul ; mais elles reparaissent par l'exploration bimanuelle, en comprimant l'organe entre les deux mains. A l'affaiblissement des pulsations, correspond une contraction de l'organe ; à leur disparition, une diminution de volume qui peut être de moitié, même pour un utérus petit. A ce moment l'organe est mou ; on dirait que les parois se sont vidées. Que le massage soit léger et bref, qu'il soit

(1) Publication allemande : « *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie* ». Band XXII. Heft 1.

fort et prolongé, on observe dans les deux cas, à de rares exceptions près : 1° une turgescence, une sorte d'érection de l'organe qui s'élargit et dont les cornes s'accusent; 2° une contraction pendant laquelle l'utérus se rapproche de la forme sphéroïdale; 3° une diminution parfois considérable de l'utérus redevenu mou. Ce dernier phénomène est d'autant plus marqué, et plus prompt à paraître, que le massage a été plus léger et plus rapide. Donc dans les deux sortes de massage, léger et fort, on congestionne au début, mais dans la première sorte la déplétion est rapide.

On doit tirer parti de cette notion pour le traitement des métrites hémorrhagiques ; elle explique comment Brandt, en bon clinicien, recommande en pareil cas la légèreté de main. *Elle explique encore comment ceux qui confondent massage et pétrissage, ont pu écrire que le traitement augmentait les écoulements menstruels et abrégeait la période intercalaire, tandis que c'est le contraire qui est vrai, lorsqu'on sait conduire l'opération,* **et qu'on pratique le traitement complet, massage et gymnastique.**

Quant aux exsudats, ce n'est pas seulement par le degré de force employée qu'on les congestionne ou décongestionne, c'est surtout par le massage central et périphérique. Ce dernier ouvre et prépare les voies efférentes qui restent fermées, si on agit sur le centre de la tumeur, d'emblée. Lorsque j'ai commencé à pratiquer le traitement de Brandt, je ne m'expliquai pas pourquoi des tumeurs œdémateuses paramétriques, tantôt grossissaient, pendant la séance, tantôt disparaissaient au point de s'évanouir presque complètement. C'est en analysant ma manière de procéder que j'ai compris l'importance du massage périphérique. Ces phénomènes de congestion et de décongestion, d'accélération et de régularisation, ou de ralentissement et de stase des courants, ont une importance capitale, et je conçois maintenant comment Brandt, avec sa main incomparable, ait pu tirer parti de cette observation pour tenter le développement d'utérus infantiles et y réussir, à ce qu'il m'a affirmé.

A ces effets sur l'innervation vasculaire et par un naturel contre-coup s'ajoutent d'autres effets sur la fibre musculaire et sur les muqueuses. On sent sous la main l'utérus et les trompes hypertrophiées se contracter. On assiste à la modification des sécrétions du corps et du col, à l'involution et régression de l'organe. Ce n'est pas tout, on agit puissamment **sur les ligaments dont l'intégrité au point de vue des libres fonctions de l'appareil génital est aussi importante que l'intégrité de la plèvre pour le jeu des poumons.** Le massage, des extensions prudentes détachent les adhérences, et l'élévation rend au système suspenseur utéro-tubo-ovarien, sa tonicité.

B) Élévation. — Les effets physiologiques de l'élévation se résument en effet, à mon sens, dans le rétablissement de la tonicité ligamenteuse à laquelle il convient d'ajouter pour les prolapsus, l'involution de l'utérus hypertrophié par le retour de la circulation normale.

La contraction des appareils ligamenteux qui relient l'utérus au bassin est indiscutable. Boivin, Deville, Hélie (de Nantes), Luschka, Rouget, Spiegelberg ont démontré l'abondance des fibres musculaires et décrit leurs nappes et faisceaux, augmentés de nombre et de volume pendant la grossesse. Velpeau affirmait l'action des ligaments ronds. Thévenot a mis la chose en lumière dans un mémoire très intéressant. J'ai moi-même publié plus de vingt observations personnelles (1) qui prouvent cliniquement le fait; mais il ne faut pas limiter l'action contractile aux ligaments ronds qui, à mon avis, ne jouent pas de rôle prépondérant. Cette action s'étend à tout le système qui enveloppe l'utérus comme le filet enveloppe un ballon. Il ne faut pas davantage croire qu'elle se manifeste seulement pendant la grossesse; elle existe pendant la vacuité utérine. La gravidité la développe ou la diminue, mais ne la crée pas.

J'ai parlé à diverses reprises, en décrivant l'élévation,

(1) Étude clinique sur les variations quotidiennes du degré d'engagement de l'utérus gravide. *Union médicale*, 5, 7, 12 juillet 1887.

d'extensions prudentes, arrêtées au point précis où la résistance commence, ou qui la dépassent très doucement, et de vibrations légères. Que fait-on pendant l'élévation? Dans le premier temps — ascension — on exécute une légère vibration, puis tantôt on suspend la manœuvre au moment où la tension se manifeste, en la maintenant un court espace de temps, cinq ou six secondes. Tantôt on la dépasse si un allongement est nécessaire mais très graduellement. Dans le second temps — abandon — on laisse aller l'utérus tantôt rapidement tantôt lentement. Que fait-on? Dans le premier cas on réveille la contractilité. Les cinq secondes de tension, la descente rapide jouent le rôle d'un stimulant. Dans le deuxième, par des élongations parésiantes, on lutte contre la contracture.

Ce serait une erreur de restreindre l'élévation au prolapsus utérin et aux déviations. Étant donnée la constitution anatomique de l'appareil suspenseur, je rappelle au point de vue anatomo-pathologique combien il est rare dans les dissections et autopsies de trouver le système génital sans altérations et sans adhérences, au point de vue clinique, combien on est fréquemment consulté par des femmes qui souffrent et chez lesquelles une exploration sans finesse, ne découvre rien ou peu de chose, et une exploration délicate, des roideurs, des duretés, des épaississements, des tiraillements douloureux, là où doit régner la souplesse et où l'étirement ne doit pas causer de souffrances, je rappelle enfin, au point de vue physiologique, ce que j'ai dit plus haut, qu'à mon sens l'intégrité de la séreuse utéro-tubo-ovarienne avait l'importance de l'intégrité de la séreuse pulmonaire et l'on comprendra le rôle capital que joue la manœuvre de Brandt. L'élévation, par ses extensions mesurées, contribue à cette *libération des organes*, sans laquelle il n'y a point de santé génitale, et qui est à mon avis l'un des bienfaits du traitement. Elle substitue la contraction au relâchement, l'élasticité à la contracture. C'est le retour à la tonicité sans laquelle il n'est point d'innervation ni de circulation normales.

C) Gymnastique. — Les mouvements musculaires dont l'action est locale, sont dérivatifs ou congestionnants. Je ne veux pas sortir de ces généralités physiologiques et préfère démontrer simplement le bien-fondé de cette classification en disant à quels résultats cliniques ils m'ont conduit. On comprendra alors *pourquoi je les prône et quelles raisons j'ai d'en avoir bonne opinion.*

VI. — Résultats cliniques du traitement.

Pour être au clair sur l'efficacité de la gymnastique, **comme moyen curatif local**, j'ai pensé qu'il n'y avait rien de mieux que de traiter *par elle seule* des cas d'irrégularités menstruelles. Il s'agissait de femmes ou de vierges mal réglées et, dans la majorité des cas, de menstruation trop fréquente. Parmi elles je signale une femme soignée depuis quatre mois par le repos absolu au moment des époques que quinze jours à peine séparaient. Lorsqu'elle se levait, l'écoulement augmentait et avait peine à tarir. Un seul exercice gymnastique fut institué, celui des abducteurs fémoraux et des muscles dorsaux, mais bien exécuté et cela trois fois par jour. Dès le premier mois l'écoulement ne reparut qu'à l'époque normale (vingt-huitième jour) et ne dura que cinq jours au lieu de huit ou dix. Il y eut une sorte de lutte vers le vingtième jour, le molimen hémorrhagicum fit apparition, mais non pas le sang. Le mois suivant les mouvements furent exécutés sans soin puis abandonnés par la malade qui se croyait régularisée pour toujours. Le sang reparut le vingt-deuxième jour et elle se mit au lit. Je fis reprendre de suite les mouvements et lui dis de se lever. L'écoulement dura cinq jours et depuis la menstruation s'est régularisée. Je pourrais citer encore d'autres faits. Je me contente d'ajouter que la même gymnastique a réussi d'emblée sur plusieurs jeunes filles inutilement traitées par les médicaments et l'hydrothérapie, et je dirai tout à l'heure comment j'ai vu le massage employé

[illegible] échouer dans des cas de métrorrhagies et réussir dès [illegible] les mouvements dérivatifs lui vinrent en aide. *Bref, bien* [illegible] *ne sois pas encore au clair sur certains points du* [illegible] *ement de Brandt, je le sais, de par les faits, dès main-* [illegible] *sur la* **valeur curative locale de la gymnastique. Elle constitue un puissant moyen thérapeutique.**

Je me propose de publier *in extenso* mes observations prises au jour le jour, en notant ce que je faisais ou constatais. C'est, je crois, avec la démonstration clinique et orale, le meilleur moyen d'enseigner la technique du traitement; mais ici je me bornerai à indiquer les résultats.

Après mon premier voyage, j'ai débuté dans la pratique par des cas simples, propres à exercer la main. A cette époque j'étais disposé, comme beaucoup de ceux qui ont abordé la même étude, à considérer le massage non seulement comme la partie capitale du traitement, mais comme la seule qui [illegible] quelque importance. Les cas que j'ai traités alors l'ont [illegible] par le massage seul. Il s'agissait d'utérus en subin[illegible] avec métrorrhagies, et de rétroversions mobiles [illegible] douloureuses.

[illegible] première métrorrhagie que j'ai soignée avait pour [illegible] probable une fausse couche datant de trois mois. [illegible] léger retard de règles la femme avait perdu du sang [illegible] caillots, ce qui ne lui arrivait jamais; croyant au [illegible] la menstruation, elle ne s'était pas alitée. La con[illegible] que l'utérus continua à saigner par intermittence. [illegible] par un traitement justement réputé : injection [illegible], repos absolu et prolongé pendant six semaines. [illegible] suspendus pendant le repos, reprirent lors[illegible] se leva. C'est alors que je la soumis au mas[illegible] liberté d'aller et venir. Le traitement [illegible] environ et ne fut pas quotidien. Le mas[illegible], à la mode allemande, debout avec [illegible] dans le vagin; je déployai trop de force [illegible] des troubles de l'innervation. Le [illegible] excellent. Les pertes disparurent et

ne revinrent pas. Depuis, la menstruation s'est rétablie avec régularité. Le volume général du ventre diminua, et la femme affirme qu'elle a une liberté et une légèreté de mouvements qu'elle n'avait pas eues depuis ses premières couches, qui remontent à trois ans.

Après ce succès, je m'enhardis et me persuadai que nulle métrorrhagie par subinvolution ne résisterait à mes doigts. J'eus promptement la preuve du contraire. Mon traitement était incomplet et de plus j'ignorais les sages préceptes de Brandt. Depuis mon retour, j'ai modifié ma pratique et j'ai réussi rapidement dans trois cas de métrite hémorrhagique, mais encore trop récents pour que je les considère comme acquis. Je ne suis pas éloigné de croire aujourd'hui que j'aurais pu abréger la durée du massage chez la première malade dont j'ai parlé et même la guérir par les mouvements musculaires seuls employés dès le début, et lui épargner six semaines de lit et quantité d'injections. J'ai vu à Stockholm une femme qui avait été curettée trois fois et que le massage employé seul améliora, mais qui ne fut guérie qu'avec le secours des mouvements musculaires dérivatifs.

Je me suis attaqué à des cas dans lesquels l'intervention chirurgicale légère ou grave avait été proposée ou était proposable. J'ai cité les trois cas de métrite hémorrhagique. Ils étaient justiciables du curettage, en particulier celui d'une femme qui perdait depuis sept mois, peu à la fois mais presque continuellement. Elle se disposait à se rendre à l'hôpital pour être opérée. L'utérus était gros comme un très gros poing et mollasse. Le lendemain de la première séance, il était diminué de moitié, et le sang arrêté. Je répète que je ne considère pas encore la guérison comme acquise. Je ferai seulement remarquer que cette femme, qui se disposait à quitter son travail de domestique, n'a pas quitté sa place et sauf le frottage des parquets, que j'ai interdit, a continué son service du matin au soir sans interruption.

Je joins à ces faits celui d'une métrite catarrhale avec ulcération profonde du col, grande comme une pièce de

deux francs, vouée à l'opération de Schrœder. Le traitement a commencé il y a cinq semaines. A la septième séance j'ai été très surpris de voir que l'ulcération avait complètement disparu. Elle n'a pas reparu ; mais le catarrhe n'est pas encore tout à fait guéri. Le traitement a été quotidien,

J'ai, par contre, complètement échoué dans mes essais de réduction et de maintien en antéversion d'utérus rétroversés, mobiles mais douloureux. Le seul résultat a été l'atténuation ou la disparition de la douleur, mais à condition de continuer le traitement ou d'y revenir. Je dois dire qu'il a été incomplet car n'ayant pas encore d'aide expérimenté, je m'abstenais de faire l'élévation. Or, c'est par elle que Brandt réussit en pareil cas. Il y met une ténacité particulière, fort louable, puisque l'utérus rétroversé, même non douloureux constitue une vulnérabilité. Suivant lui, la durée du traitement est très variable et l'échec possible. Josephson (voy. Index), regarde le succès comme très problématique ; mais, dans ses expériences, il s'est, en général, *lassé* plus vite que Brandt. *Le maintien de l'antéversion serait plus souvent obtenu quand la rétroversion était fixe.* (Communication de Brandt et de Lindblom.) C'est, il me semble, une question de vitalité et de ressort des ligaments parfois difficile à trancher d'emblée.

J'ai actuellement en cours de traitement six cas de périmétro-salpingites. Je citerai seulement celui dans lequel la guérison complète me semble imminente. On va en juger.

Il s'agit d'une femme de 20 ans, accouchée en mars. Au commencement de mai, elle se rendit à la consultation de la Salpêtrière où on l'engagea à rester deux mois au lit et à se faire opérer si le repos absolu ne la guérissait pas. Je l'engageai à se confier à mes soins. La tumeur, grosse comme la tête d'un fœtus à terme, occupait la moitié droite du bassin. Elle partait du pli de l'aine et remontait jusqu'à l'ombilic. Elle adhérait à l'utérus. La sensibilité était très vive à la pression ; cependant cette femme pouvait faire de courts trajets à pied sans souffrir spontanément. Elle était pâle, amaigrie, sans appétit, allaitait son enfant, mais le biberon faisait les

principaux frais de la nourriture. Je l'engageai à ne pas sevrer, conseil qui lui avait été déjà donné par son médecin. Au lieu de la mettre au lit, je lui dis de venir tous les jours me voir et de ne garder chez elle qu'un repos relatif. Le traitement, commencé le 19 mai, visait : 1° la disparition de la douleur ; 2° le diagnostic exact de la composition de la tumeur ; 3° sa disparition et la libération des annexes et de l'utérus.

Le massage analgésique exigea six séances et à ce moment je constatai sans difficultés que la tumeur se composait de trois parties distinctes ; la trompe, grosse comme le pouce dans sa partie moyenne mais régulièrement hypertrophiée de l'*ostium uterinum* au pavillon, longeait le bord supérieur de la paroi pelvienne antérieure. Un sillon la séparait du ligament de l'ovaire, hypertrophié lui-même, mais reconnaissable à sa consistance fibreuse, sans alternative de contraction et de relâchement. Il conduisait au seul point de la tumeur qui restât sensible. Là devait être l'ovaire, impossible à délimiter. Un exsudat volumineux coiffait comme un casque le pavillon, et ce que je présumais être l'ovaire, et descendait profondément et loin en arrière. Je ne pouvais atteindre que par le rectum les limites postérieures de la tumeur. L'utérus accolé à elle, inséparable, facile à distinguer par sa consistance propre, en latéro-version droite, n'était pas gros. Il avait bénéficié de l'allaitement.

Le massage curatif, auquel je joignis la gymnastique dérivative, fut mené de la façon suivante : Chaque jour, pendant six à sept minutes, trompe, exsudat, utérus étaient saisis à tour de rôle et massés avec prudence, la trompe de dehors en dedans, l'exsudat et l'ovaire périphériquement, puis centralement, l'utérus au point de soudure avec la tumeur. Dans la journée qui suivit le premier massage de la trompe, la malade, qui n'avait point de leucorrhée, perdit la quantité de deux à trois dés à coudre d'une matière caséiforme.

Le lendemain la trompe avait diminué de volume et se contractait énergiquement. Le même phénomène se reproduisit pendant quelques jours, mais surtout pendant les

séances. Je faisais contracter l'utérus et mon doigt revenait chargé de cette matière grumeleuse blanchâtre, qui s'accumulait dans sa cavité pendant la journée. Cette matière changea un jour de coloration ; elle était brune. Cette expulsion fut suivie de trois ou quatre gouttes de sang et depuis lors plus rien ne s'écoula. A la douzième séance la trompe avait diminué de moitié ; l'exsudat amolli perdait aussi du terrain et je sentais les contours de l'ovaire, gros mais insensible. L'utérus était toujours fixé. Il fut libéré et redressé à la quatorzième séance. A la vingtième, la trompe qui dans l'origine touchait la paroi antérieure du bassin, occupait le diamètre transverse. J'oublie de dire que dès le huitième jour de traitement, cette femme, qui mangeait à peine, dévorait et que son lait remontait en telle quantité que le biberon devenait inutile. Elle n'est pas encore tout à fait guérie. Il reste à libérer l'ovaire adhérent à la paroi postérieure.

J'ai été favorisé dans ce cas par l'origine récente de la tumeur, par sa mobilité relative, par sa disposition même et la facilité avec laquelle on saisissait les diverses parties. Enfin, la guérison est toute récente. Je ne veux pas la considérer encore comme radicale, mais quoi qu'il en soit, et tout en regardant le fait comme une exception, pour ne rien hasarder, mes vingt jours de traitement sans repos absolu ont bien valu les deux mois de lit de la Salpêtrière, en admettant qu'ils eussent abouti à un résultat analogue.

Je pourrais citer encore le cas d'un utérus fixé et douloureux depuis onze ans et que j'ai libéré, après disparition complète des souffrances ; mais, comme je l'ai dit, je préfère attendre les succès ou les demi-succès, ou les insuccès avérés et confirmés. Je m'engage à ne publier que des statistiques intégrales. Mon principal souci est de contribuer à faire la lumière sur la valeur d'un traitement qui est déjà, de par les faits, riche de promesses et de l'étudier à fond comme il en est digne. J'ajouterai seulement que je n'ai eu jusqu'à présent aucun accident, bien que je me sois décidé à traiter les salpingites même au moment des poussées aiguës, mais non

en pleine et continue fébricité. Brandt, qui est la prudence même, m'a affirmé qu'il n'avait jamais eu à le regretter. D'ailleurs, dans aucun cas, il n'a eu d'accidents mortels. Cela prouve la bénignité du traitement bien conduit.

VII. — Conclusions.

La kinèsithérapie gynécologique (méthode suédoise de Brandt), par ses résultats cliniques, par ses exigences de diagnostic, par la dextérité qu'elle exige, par son innocuité relative, peut rendre les plus grands services.

Si la gynécologie telle qu'on la pratique aujourd'hui nous fait voir les bienfaits de l'antisepsie, elle nous montre aussi le revers de cette belle médaille. Le bistouri propre, est une invention dont il ne faut médire; mais il me semble que moins on s'en servira pour les organes génitaux mieux cela vaudra, surtout chez les femmes jeunes, surtout en France, où la natalité n'est pas brillante.

Si la kinèsithérapie gynécologique délivre les femmes d'un certain nombre de drogues, de caustiques, des expectations prolongées dans le repos absolu, et fait du couteau un objet de nécessité et non de choix, je crois qu'elles ne se plaindront pas, et que le nom du Suédois Brandt comptera parmi les initiateurs de la science et les bienfaiteurs de l'humanité.

Je souhaite pour ma part, qu'en France, entre mes mains et dans celles des autres, des succès bien confirmés, fassent honneur à Brandt et au pays ami qui lui a donné naissance.

Je me suis efforcé dans ce rapport de donner une idée juste quoique *sommaire* de ce traitement. Je ne me dissimule ni les insuffisances, ni les imperfections de mon mémoire; mais tel quel, il peut rendre service. Voilà pourquoi je le publie. Pour le moment, malgré un an de recherches et de pratique qui représente un assez gros labeur, mon inexpérience relative et aussi une juste réserve scientifique, font que je réclame en terminant le droit de contredire dans la suite ce que ce travail peut renfermer de téméraire ou d'erroné. Je me borne

donc aux quatre conclusions suivantes, qui me semblent aujourd'hui indiscutables :

1° Il est urgent que la méthode de Brandt — massage et gymnastique — soit mise à l'étude dans notre pays.

2° C'est exclusivement à elle qu'il convient d'avoir recours. On ne doit la modifier et perfectionner s'il y a lieu, que plus tard, quand on la connaîtra à fond, après expérience consommée. Toutes les méthodes similaires, en particulier les méthodes Allemandes, sont des procédés bâtards. Les résultats obtenus par elles prouvent simplement que le principe même du massage est génial, mais ils sont inférieurs à ceux du traitement Suédois.

3° La kinèsithérapie exige une main souple, des doigts longs, **une inaltérable patience**, la force contenue, la dextérité et la finesse du diagnostic. Ces deux dernières qualités se développent par la mise en pratique et la connaissance exacte de la méthode, — *qui ne s'apprend pas en un jour.*

4° Exercée avec prudence par des mains compétentes, la kinèsithérapie n'expose nullement les malades. Elle est fondée sur des succès cliniques, nombreux, anciens et confirmés. Par elle le nombre des opérations chirurgicales pourra être restreint.

BIBLIOGRAPHIE (1).

Th. Brandt. — *Om uterinlidanden och Prolapser.* Stockholm, 1864.

Levin. — Rapport lu à la Société médicale de Stockholm. *Hygiæa*, journal suédois, février 1865.

Th. Brandt. — Rapport à la Société médicale de Vestrogothie et de Småland, août 1866.

Th. Brandt. — *Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement des affections utérines*, avec trois illustrations. Paris, Cherbuliez, 1868.

Norström. — Communication à l'*Académie de médecine de Paris*, 18 janvier 1876.

Norström. — Thèse de Paris, par X..., présentée mais non soutenue, 1876 (?).

(1) J'ai suivi autant que possible, dans cet index, l'ordre chronologique.

Asp. — Om Lifmoder massage. Helsingfors. *Nord. med. Archiv*, Bd X, n° 22, 1878.

Reeves Jackson. — Uterine massage as a mean of treating certain forms of enlargement of the womb. *Transactions of the Amer. gynecological Society*, V, 1881.

Rosenstein. — *Centralblatt für Gynäkologie*, V, 13, 1881.

Gussenbauer. — *Prag. med. Wochenschrift*, II, 3, 1881.

Heitzmann. — *Die Entzundung des Beckenbauchfells beim Weibe*, mit 77 Abbildungen. W. Braumüller, Wien, 1883.

Peters, Bunge, Bandl, Reibmayer, Winiwarter, Chrobak cités par SCHAUTA et par JENTZER et BOURCART.

Th. Brandt. — *Gymnastiken såsom botmedel mot quinliga underlifssjukdomar, jemte strö̈da anteckningar i allmän sjukgymnastik.* Stockholm. Albert Bonnier ; Tryckt i centraltryckeriet, 1884.

Nissen. — Norks magasin for Lœgevidenskalen. Vol. V, cahier 1-4 (cité par Me Goldspiegel).

Prochownick. — Zur Behandlung alter Beckenexsudaten. *Deutsch med. Wochenschrift*, 32-33, 1884. *Communication au congrès de Magdebourg.*

Prochownick. Die massage in der Gynäkologie. Ouvrage traduit en français (voyez plus loin).

Reibmayr. — *Die Tecknik der massage*, 1884.

Profanter. — *Die massage in der Gynækologie*, mit einer Vorrede des profr Schultze, in Iena, 34 abbildungen. Wien. W. Braumüller, 1887.

Skutsch. — *Fortschritte der medicin.* Berlin, 1 Juli 1887.

Resch. — Ueber die Anwendung der massage. *Centralblatt für Gyn.*, n° 32, 1887.

Resch. — Traduction du *Gymnastiken* de Brandt, 1888.

Preuschen. Die schwedische Heilmethode in der Gynäkologie, von Prof. Preuschen in Greifswald, 1888 (?).

Preuschen. — Die Heilung der Vorfalles der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckensmusculatur und methodische Uterus Hebung. *Centralblatt für Gyn.*, n° 13, 1888.

Vuillet. Journal de médecine de Paris, 1888, cité par Norström.

Preuschen. — Weitere drei Fälle von Heilung des Vorfalles der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckens musculatur und methodische uterushcbung. *Centralblatt für Gyn.*, 1888, n° 30.

Lindblom. — Gymnastik Gyn. *Münchner med., Wochenschrift*, 46, 47, 48. 1888.

Seiffart. — *Die massage in der Gynækologie.* Stuttgart, 1888.

Winawer. — Ueber die Th. Brandt'sche Methode, als Mittel die erkrankten Tüben palpiebar zu machen. *Centralblatt für Gyn.*, 1888, 52 ; *id.* Kronika Lekarska, 1888. Varsovie.

Fränkel. — Ueber meine Behandlung der Scheidengebärmutter Vorfälle.

Theilaber. — *Artz. Zeitschr.* Berlin, 1888, 10. Thure Brandt's methode. *Münch. med. Wochenschrift*, nos 27, 28, 1888.

Bum. — Traitement manuel des maladies des femmes. *Wiener med. Presse*, no 40, 1888, nos 1-2, 1889, cité par JENTZER et BOURCART.

Schauta. — Ueber gynäcologische massage. *Medicinische Wander-Vorträge*. Januar 1889.

Ott. — Massaj i gymnastika kak lietchebnyi sposob pri boliezniak jenskoi polovoi sphery. *Vratch*, 1889, no 6. Cité par NORSTRÖM.

Semianikov. — Résultats obtenus à la clinique du prof. Slaviansky à Pétersbourg. Communication faite avec celle de Ott au 3e *congrès de médecins russes* (NORSTRÖM).

Macnaughton Jones. — Communication à la *Société gynécologique de Londres*, 1889 (?). Norström.

Norström. — *Massage de l'utérus.* Paris, Lecrosnier et Babé, 1889.

Goldspiegel. — Traitement manuel des maladies des femmes. *Archives de tocologie*, 1889, Paris.

Gielsky. — *Centralbl für Gyn.*, no 14, 1889.

Weinenberg. — *Centrabl. für Gyn.*, no 28, 1889.

Fellner. — *Klinische Zeitschr.* Wien, 1889. Bd III, 4, 11.

Von Braum Fernwald. — *Klinische Beiträge zur manuellen Behandlung.* Wien, 1889.

Reibmayr. — *Unterleibs massage mit spec. Berücksichtigung der Anwendung in der Gynækologie*, 1889.

Fellner. — *Klinische Beitrage zur Brandt'schen methode.* Wien, 1890.

Landau. — *Vortrag in der Berl. med., Gesellsch.*, 11 juin 1890. (Analysé in JENTZER et BOURCART).

Landau. — Die Gynæk. Palpation. *Therapeut. Monatshafte*, Juli 1890.

Frendenberg. — *Traitement des tumeurs abdominales* (JENTZER et BOURCART).

Ziegenspeck. — Ueber Brandt's Verfahren der Behandlung von Frauenleiden. *Sammlung Klinischer Vorträge*, nos 353-54. Leipsig, 1890.

Lindblom. — Beobachtungen über Veränderlichkeit in den weiblichen Beckenorganen. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie.* Band XXII, Heft 1.

Norström. — *Traité théorique et pratique du massage.* Paris, Lecrosnier, 1891.

Josephson. — *Om den manuela behandlingen af gynäkologiska lidanden.* Stockholm. Isaac Marcus, 1891.

Stas. — Traduction française du livre de RESCH. Anvers, Imprimerie Buschmann, rempart de la porte du Rhin, 1891.

Vuillet. — *Massage en gynécologie*, 1890.

Jentzer et Bourcart. — *Gymnastique gynécologique, méthode de Th. Brandt* 1891. Genève, H. Georg. Paris, Georges Carré.

Th. Brandt. Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten ; mit 37 Abbildungen im texte. Berlin Fischer's med. Buch. H. Kornfeld, 1891.

Nitot et **Keller**. — *Massage en gynécologie*, traduction du traité de PROCHOWNICK, 1892. Doin.

Norström. — *Massage dans les affections de voisinage de l'utérus et de ses annexes*. Paris, Vᵉ Babé, 1892.

REVUE CLINIQUE

DEUX SYMPHYSÉOTOMIES AVEC ISSUE HEUREUSE POUR LA MÈRE ET L'ENFANT

Par **G. Léopold.**

Traduit d'après le « *Cent. f. Gynaekologie* » (1), par le Dʳ R. LABUSQUIÈRE.

Plus j'ai pratiqué l'opération césarienne dans ces dernières années, et moins l'opération elle-même m'a satisfait, bien que les résultats se soient montrés également bons pour la mère et pour l'enfant. La création de deux voies non naturelles (paroi abdominale et utérus), si nécessaire qu'elle soit dans les cas d'indication absolue, m'a toujours paru, dans les cas d'indication relative, un expédient hazardeux, un pis-aller. Aussi, mon attention a-t-elle toujours été de nouveau dirigée vers l'utilisation judicieuse des voies naturelles.

Les résultats remarquables obtenus avec la symphyséotomie, dans les cliniques de Morisani à Naples et de Pinard à Paris, m'ont conduit à la pratiquer dans des cas bien déterminés, et dans le but de me faire un jugement personnel sur cette opération ancienne et décriée. Or, dans ces derniers temps, l'occasion de l'expérimenter me fut fournie par deux multipares, à bassin rétréci, chez lesquelles la sténose pelvienne constituait une « indication *relative* à l'opération césarienne ».

(1) *Cent. f. Gyn.*, nº 30, 1892, p. 585.

Chez ces deux femmes, au lieu de la césarienne, je fis la symphyséotomie, qui eut l'issue la plus heureuse pour la mère et pour l'enfant, qui, en outre, me parut d'une exécution aisée, et au point de vue de sa gravité, de ses dangers bien éloignée de l'opération césarienne ou d'une laparotomie. Voici les deux observations :

Obs. I. — Ernestine Sch., âgée de 37 ans, 2 accouchements en 1884 et en 1888; enfants à terme, forceps, morts. 3e accouchement en 1890, accouchement prématuré. Accouchement naturel. Enfant mort *in utero*.

Naine, taille 1 m. 35, dernière menstruation, 18 août 1891. Bassin généralement rétréci, plat, rachitique : 22, 24, 28; 17 1/2; 8 3/4; 6 3/4.

Premières douleurs le 25 mai, 7 heures 30 minutes du matin. Rupture des membranes 1 heure 1/2 auparavant. Tête élevée et fixe au détroit supérieur. A 2 heures 50 de l'après-midi, symphyséotomie ; à 3 heures, extraction de l'enfant avec le forceps appliqué sur la tête restée élevée. Terminaison de l'opération, après suture complète de la symphyse et de la paroi abdominale à 3 h. 30 (en tout 40 minutes). Écartement au niveau de la symphyse de 3 centim., mais qui, au cours de l'extraction, d'après une mensuration rigoureuse, alla jusqu'à 7 centim.

La symphyse sectionnée, le ligament sous-pubien fut accidentellement coupé, ce qui donna lieu à une hémorrhagie abondante par lésion du bulbe caverneux du clitoris; hémostase réalisée par suture et compression. Suture de la symphyse avec trois fils de soie, des parties molles avec 4 points profonds et 7 superficiels. Pendant toute l'opération, compression latérale sur les grands trochanters et les os innominés; bandage pelvien pendant 3 semaines.

L'enfant, une fille, pesait 3565 grammes. Diamètres céphaliques transverses, 9 3/4 et 8 3/4 ; circonférence horizontale 34 cent.

Suites de couches normales ; la femme se lève le 24e jour; dès le 30e va et vient le plus aisément du monde ; pas le moindre trouble ni du côté de la locomotion ni du côté de la fonction urinaire.

Obs. II. — Andr., 37 ans. En 1891, perforation d'un enfant à terme. Dernières règles, fin septembre 1891. Premiers mouvements

de l'enfant, 14 février 1892. Entrée à l'hôpital le 29 juin, 3 h. 16 m. du matin. Bassin : 22 ; 25 ; 30 1/2 ; 16 ; 8 1/2 ; 6 3/4.

Premières douleurs le 28 juin, à 6 heures l'après-midi. Rupture des membranes le 29, à 1 heure du matin.

Tête volumineuse, dure, immobile au détroit supérieur, dans la moitié droite du bassin.

A 4 h. 5, symphyséotomie. Extraction de l'enfant avec le forceps appliqué sur la tête élevée, très rapidement et facilement à 4 h. 16. Terminaison de l'opération à 4 h. 50 (durée totale, 34 min.).

Le ligament triangulaire ne fut pas sectionné.

Écartement symphysien, 3 centim. ; au cours de l'extraction, d'après une mensuration exacte, 65 millim.

Hémorrhagie pour ainsi dire nulle. Suture et bandage comme dans le cas I, garçon mesurant 51 centim. et du poids de 3310 gr. Diamètres céphaliques transverses, 9 3/4 cent., 8 1/2 cent. ; circonférence horizontale, 35 1/4 cent.

Suites de couches normales. Bronchite légère (narcose avec l'éther). Le 17e jour, plaie cutanée guérie, enlèvement de toutes les sutures. Locomotion parfaite ; aucune douleur par les mouvements. Pas le moindre trouble du côté de la vessie.

Quand version et forceps ne sont pas applicables, la symphyséotomie doit être substituée à la perforation de l'enfant vivant et à la césarienne pour indication relative. Des 2 faits relatés ci-dessus, j'emporte déjà l'impression que le domaine de l'opération césarienne est appelé à se circonscrire singulièrement, et à se réduire aux limites qui, de tout temps, lui ont appartenu : c'est-à-dire qu'elle sera réservée aux cas d'étroitesse pelvienne absolue (conjugué vrai de 6 centim. et au-dessous, l'enfant étant à terme). Le chiffre de mortalité de la césarienne est et reste plus élevé que celui de la perforation et de la symphyséotomie. C'est là un fait que ne peuvent modifier même la faible mortalité de 0 0/0 à 5 0/0 de la césarienne entre les mains de quelques opérateurs.

Morisani, d'après sa dernière statistique, sur un total de 22 symphyséotomies, n'a pas perdu une seule opérée, et tous les enfants ont vécu. Également, Pinard a, dans 3 cas, obtenu semblable résultat.

Des deux cas qui me sont personnels, et surtout du deuxième, je reste persuadé que l'opération n'est pas difficile. La parturiente est couchée sur une table, le siège en avant. Tout doit être, d'avance, préparé pour terminer l'accouchement avec le forceps ou par la version suivant les cas. 2 assistants soutiennent les membres inférieurs au-dessous des genoux, ceux-ci étant légèrement écartés, et de leur main libre pressent vigoureusement sur les trochanters. Incision cutanée commençant au niveau du bord supérieur de la symphyse et se continuant jusqu'à un centimètre au-dessus du clitoris. Division des parties molles jusqu'à l'articulation et section des insertions des muscles droits, seulement sur une largeur suffisante pour que l'opérateur puisse glisser l'index gauche en arrière de la symphyse. L'index étant conduit en arrière et au-dessous de la symphyse jusqu'au ligament sous-pubien, le chirurgien divise lentement la symphyse avec un bistouri courbe (en serpette) et boutonné. Immédiatement les 2 surfaces articulaires s'écartent de 3 centim., et, grâce à une abduction prudente des genoux et à la légère diminution de la pression exercée sur les trochanters, l'écartement va jusqu'à 7 centimètres, et en tout cas si loin, que, dans le second fait, la tête fœtale, volumineuse, pénétra immédiatement dans le bassin et put être extraite avec le forceps doucement et comme en se jouant.

Sitôt après, les deux assistants pressent vigoureusement sur les trochanters de façon à amener au contact les surfaces articulaires. Avec du fil d'argent ou de la soie forte, les extrémités osseuses ainsi que les parties molles sont coaptées, suturées, et l'on ferme le reste de la plaie. Enfin, une ceinture très large et munie d'une boucle assure durant les 3 semaines suivantes la contention du bassin ; la ceinture est, s'il est besoin, de plus en plus serrée.

Il est inutile d'opérer la section du ligament sous-pubien, ainsi qu'il fut fait dans le premier cas. Il ne sera pas même toujours nécessaire, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte

dans la deuxième observation, de diviser l'articulation sur toute sa hauteur, parce que, déjà après la section de la moitié ou des deux tiers supérieurs, les extrémités pubiennes s'écartent de 3 centim.

Dans les bassins dont il est ici question, c'est-à-dire dans ceux viciés par le rachitisme, les directions de la symphyse et de la partie supérieure du sacrum convergent fortement en haut, l'obstacle à l'engagement de la tête réside dans la proéminence excessive en dedans de la portion supérieure de la symphyse, d'où il suit qu'il suffit d'ouvrir à ce niveau autant qu'il convient dans chaque cas.

Aussi, je me propose, à la prochaine occasion, d'ouvrir seulement la moitié supérieure de la symphyse, de faire écarter un peu les genoux de la parturiente, et de faire pénétrer la tête fœtale dans le bassin. La tête ayant franchi le point étroit, tout le reste de l'opération sera conduit d'après les règles connues (1).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Bruxelles du 11 *au* 17 *septembre* 1892.

Des suppurations pelviennes.

Segond (2) (Paris), *rapporteur*. (Voir plus haut, p. 241.)

Discussion : Péan, après avoir décrit sa technique opératoire et exposé les résultats qu'il a obtenus jusqu'en janvier 1892, formule les conclusions suivantes :

1° Les suppurations pelviennes étudiées dans cette communica-

---

(1) L'auteur se propose d'étudier plus tard, et de près, les indications de la symphyséotomie, les conditions où elle est applicable et sa situation respective vis-à-vis des autres opérations rivales.

(2) *Annal. de gyn. et d'obst.*, mars 1891, p. 161.

tion sont celles qui ont pour point de départ l'appareil génital interne de la femme ;

2° On peut les diviser en *suppurations types* (il n'existe pas d'autres lésions pelviennes que la suppuration), *suppurations mixtes* (accompagnées d'une affection quelconque des organes voisins : sténose vaginale ou utérine, tumeur utérine) et *suppurations compliquées* avec ouverture du foyer dans une cavité splanchnique ;

3° Les plus difficiles à traiter sont celles qui durent depuis longtemps et qui ont provoqué des désordres graves du côté de l'utérus et de ses annexes ;

4° La discussion principale relative au meilleur mode de traitement porte aujourd'hui sur la question suivante : vaut-il mieux enlever les annexes seules par la voie abdominale en laissant l'utérus en place, ou enlever l'utérus et les annexes par la voie vaginale ?

5° L'extirpation de l'utérus et des annexes par la voie vaginale (méthode de Péan) est préférable à l'extirpation isolée des annexes par la voie abdominale pour les raisons suivantes :

a) Elle est d'une exécution facile dans les cas simples, beaucoup plus facile dans les cas graves ou compliqués ;

b) Elle est plus fidèle dans ses résultats, permet beaucoup mieux d'évacuer complètement les foyers purulents, de les laver et de les drainer ; elle expose beaucoup moins à la continuation et aux récidives du processus ;

c) Elle donne une voie beaucoup plus favorable à l'écoulement du pus et des liquides morbides ;

d) Elle n'expose pas à la suppression d'une fonction qu'il serait possible de conserver ; car, par des incisions exploratrices convenablement faites dans les culs-de-sac vaginaux, on peut se rendre compte de l'unilatéralité ou de la bilatéralité des lésions et régler son intervention ;

e) La mortalité est presque nulle et les résultats éloignés sont plus favorables qu'avec l'extirpation abdominale ;

f) Elle supprime les dangers d'éventration avec lesquels il faut compter à la suite des laparotomies ;

g) Dans les suppurations pelviennes mixtes et compliquées, l'extirpation par la voie vaginale est la *seule méthode* qui convienne ; la technique opératoire comporte des modifications légères d'après

la nature des affections concomitantes et des complications.

WILLEMS (de Gand) estime que M. Segond a jugé trop rapidement et trop sévèrement la périnéotomie. Cette opération qui consiste dans une incision profonde, faite en avant de l'anus, avec dédoublement du septum recto-vaginal, permet d'atteindre dans le cul-de-sac de Douglas, de faire une exploration méthodique, et de mesurer l'intervention à l'importance et à la multiplicité des lésions. Si les poches purulentes sont situées en arrière, rien de plus aisé que de les ouvrir, et d'assurer le drainage. Si pourtant elles sont trop étendues, si elles siègent en avant, le chirurgien a toute latitude pour compléter son intervention par la castration utérine.

WILLIAM TRAVERS (de Londres) pense que la laparotomie permet aussi bien que l'hystérectomie de traiter les suppurations pelviennes et d'évacuer le pus. Il considère la seconde intervention comme plus dangereuse. JACOBS (de Bruxelles) pense que contre les suppurations intra-péritonéales, d'une manière générale, la laparotomie est l'opération de choix. Mais que, quand les annexes des deux côtés sont atteintes, l'hystérectomie est préférable. D'autre part, quand on se trouve en présence de lésions graves et étendues, la laparotomie ne permet souvent que de faire constater son impuissance; or, dans ces cas et particulièrement dans ceux-là, l'hystérectomie est utile. Plus sûrement que la laparotomie, elle met à l'abri de nouvelles interventions. Le moignon, d'autre part, obtenu dans une salpingectomie, malgré tout le soin qu'on met à le cautériser peut s'enflammer, et l'inflammation gagner l'utérus: d'où la nécessité d'intervenir à nouveau. Jacobs a pratiqué 159 laparotomies pour suppuration des annexes avec 3,7 0/0, et 61 hystérectomies avec 3,2 0/0 de mortalité. DEGHILAGE (de Mons) croit qu'on fait beaucoup d'opérations inutiles.

RICHELOT (de Paris). — J'ai traité 144 malades atteintes de suppuration pelvienne et j'ai eu 9 morts, soit 6,25 0/0 de mortalité. Dans 24 cas il s'agissait de fibromes compliqués d'abcès; les 120 autres se rapportaient à des affections des trompes. Sur ces 120 cas, il y avait 39 cas de suppuration grave et j'eus 4 morts. Deux fois la mort survint parce que je ne fus pas assez habile ou assez heureux; deux fois parce qu'elle était inévitable et qu'il s'agissait de femmes opérées *in extremis*. Toujours je me suis servi des pinces à demeure qui ne m'ont donné aucun mécompte, n'ayant jamais dérapé et ayant toujours parfaitement assuré l'hémostase. Enfin, j'ai tou-

jours opéré par morcellement. Sur les 39 cas de suppuration, j'ai fait 12 fois l'ablation totale des annexes ; 5 fois, j'ai fait l'ablation unilatérale; enfin, chez les 22 autres malades, j'ai laissé trompes et ovaires. La rétraction s'est opérée avec une promptitude remarquable, sans accident de rétention et sans fistules. C'est une opération qui me paraît bien supérieure aux incisions préconisées par M. Laroyenne. Quant au parallète à établir entre l'hystérectomie et la laparotomie, je crois que, faute de bien connaître l'opération, on a été au début tenté d'exagérer la gravité opératoire de la castration utérine. D'ailleurs, les deux opérations ne s'opposent pas mais se complètent. C'est précisément quand les adhérences inextricables ont rendu l'opération par l'abdomen impossible, que l'hystérectomie donne les meilleurs résultats.

J'ai dû 15 fois faire une castration utérine après avoir fait la salpingotomie qui n'avait pas suffi à guérir les malades ; c'est qu'il y a des utérus qui ne s'atrophient pas après l'ablation des annexes et qu'il faut enlever. Ma conclusion est que, *dans les affections suppuratives, l'hystérectomie est la méthode de choix*: *dans les affections non suppuratives, la laparotomie peut donner de très bons résultats*. SAENGER (de Leipzig) considère que l'hystérectomie doit rester une opération exceptionnelle ; il est toutefois décidé à l'expérimenter dans les cas de fistules du vagin, d'abcès étendus, multiples... Il déclare qu'en Allemagne, Landau s'occupe aussi de cette opération (1). M. MADDEN (de Dublin) insiste sur l'importance qu'il y a à tenir compte du siège et de la nature de la suppuration, et, avec ses compatriotes, W. Travers, Heywood Smith, se prononce résolument en faveur de la laparotomie contre l'hystérectomie. Il pense en outre que bon nombre de ces affections sont justiciables d'interventions moins radicales (2). GOULLIOUD (de Lyon) défend la méthode de Laroyenne (3) (incisions pratiquées

(1) LANDAU vient de publier, en effet, dans le *Cent. f. Gyn.*, n° 3, p. 689, un article intéressant intitulé : « *Du traitement des suppurations pelviennes chroniques : résection de l'utérus* » ; il y relate deux observations dans lesquelles ce mode d'intervention, qu'il réserve pour des cas particulièrement graves, a donné des résultats excellents. R. L.

(2) *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1892.

(3) LAROYENNE. De la péritonite chronique compliquée d'un épanchement latent, de nature purulente, séreuse ou hématique. *Lyon médical*, 21 février 1886.

au fond du vagin) qui se montre efficace même dans des cas complexes, collections multiples, suppurées..... Il a observé 48 faits de guérisons durables, suivis pendant des années, et sur lesquels, 4 fois la grossesse est survenue. PICHEVIN (de Paris) juge la formule de Segond « *hystérectomie toutes les fois que la bilatéralité et l'incurabilité médicale des lésions péri-utérines sont constatées* », excessive. Dans plusieurs cas, où l'on croyait avoir constaté nettement la bilatéralité des lésions annexielles, la laparotomie permit de reconnaître que, d'un côté, il s'agissait de lésions peu importantes (simples adhérences), que les annexes devaient être laissées en place ; dans un autre cas, on enleva une vieille salpingo-ovarite d'un côté et l'on put énucléer un kyste du ligament large : ovaires et trompes furent respectés. Toutes ces femmes peuvent avoir des enfants. L'élytrotomie exploratrice (incision du cul-de-sac postérieur) ne suffit pas à éviter ces erreurs de diagnostic. D'autre part, l'hystérectomie est impuissante à guérir des abcès haut situés, ou telles autres lésions telles qu'adhérences, abcès de l'épiploon ; d'une manière générale, on doit la réserver pour les suppurations larges, diffuses, disséminées dans des poches péri-utérines multiples et difficiles à énucléer. Elle est également applicable aux femmes ayant des fistules qui font communiquer une poche suppurée du bassin, soit avec l'intestin, soit avec la vessie ou encore le vagin. Enfin, la castration utérine est une dernière ressource que l'on doit tenter quand l'extirpation des annexes par voie abdominale n'a pas donné le résultat suffisant. DELAGENIÈRE (du Mans), se basant sur 18 laparotomies qui ont donné un chiffre de mortalité de 5,55 0/0 au lieu de 8,69 0/0, accusé par Segond, formule les conclusions suivantes :

1° La laparotomie, dans les cas de suppurations pelviennes, est moins grave que l'hystérectomie ;

2° Les résultats définitifs paraissent équivalents, sinon supérieurs, dans la laparotomie ;

3° L'inconvénient de la cicatrice abdominale est plus que largement compensé par l'éventualité de l'ouverture de la vessie dans l'hystérectomie.

Pour ce qui a trait aux indications opératoires, je diviserai mes observations en trois groupes :

a) Le pus est collecté dans les annexes, l'opération est simple (10 observations parmi lesquelles un cas de mort) ;

b) Le pus siège non seulement dans les annexes, mais dans le péritoine pelvien, où il est collecté en foyers plus ou moins considérables (pelvi-péritonite). L'opération devient complexe. Il faut non seulement enlever les annexes malades, mais évacuer et drainer les foyers de pelvi-péritonite (6 opérations, 6 guérisons) ;

c) Un ou plusieurs foyers purulents communiquent avec la cavité d'un organe quelconque ; il y a fistule interne. L'opération devient très complexe et la laparotomie seule peut permettre de remédier aux lésions (2 observations, 2 guérisons).

Pour toutes ces raisons, l'auteur considère l'hystérectomie pour suppurations pelviennes, comme *une opération de très rare exception*. Elle ne paraît indiquée que dans les cas, certainement fort rares, où une laparotomie préalable n'aurait pas donné un résultat thérapeutique satisfaisant.

Vulliet (de Genève), comme Goullioud et M. Madden, se prononce catégoriquement pour le traitement des suppurations pelviennes par ponctions, incisions, lavages et drainage. Si l'on a eu des récidives fréquentes après ce mode d'intervention, et il en a eu, c'est qu'on ne s'est pas toujours efforcé de faire un diagnostic précis, aussi complet que possible. Depuis qu'il y emploie tous ses soins, il a obtenu d'excellents résultats, dont il a été le premier surpris. Sur 18 cas, il a eu 12 guérisons d'emblée. Dans les 6 autres cas, il a fait une seconde ponction avec injection de sublimé ; 3 de ces malades ont guéri. Chez les 3 autres, il a ponctionné, débridé, puis drainé en pansant avec de la gaze iodoformée. Walton (de Bruxelles) rappelle les bons résultats qu'il a obtenus au début de ces affections, avec la méthode qu'il a préconisée dès 1887 (dilatation de l'utérus, curettage, drainage). Doyen (de Reims), comme conclusion d'une communication basée sur des chiffres statistiques importants, déclare qu'à son avis, *l'hystérectomie vaginale est nécessaire toutes les fois qu'il est évident que la lésion est bilatérale et qu'on enlèverait par la laparotomie les annexes des deux côtés*. Rouaffert (de Bruxelles) a fait 21 fois l'ablation de l'utérus par morcellement, avec un seul décès. Comme accidents opératoires, une fistule guérie en 15 jours, et une lésion de l'uretère. En ce qui concerne les résultats définitifs, l'avantage resterait à l'hystérectomie.

Le Bec (de Paris) recommande de commencer le traitement des lésions utérines par le massage, l'électrolyse, dont il a pu

constater l'efficacité en certains cas. Si l'on échoue, on peut alors essayer des incisions, de la laparotomie ou de l'hystérectomie LAUWERS (de Courtrai) est partisan de l'hystérectomie, tout en faisant des réserves pour les cas où il s'agit d'affections péri-utérines de nature tuberculeuse. CHÉRON (de Paris) rappelle les avantages d'un traitement médical précoce, et les bons résultats que fournit l'emploi judicieux de la curette, du massage, de l'électrolyse, de l'ignipuncture. MANGIAGALLI (de Milan), qui a fait des expériences sur les animaux, dans le but de déterminer la voie de propagation des phlegmasies de l'utérus à la trompe, et qui a constaté que d'ordinaire c'étaient les vaisseaux sanguins ou lymphatiques, trouve dans cette constatation un argument en faveur de l'hystérectomie. GOUBAROFF (de Russie) motive son opinion sur une étude spéciale de la répartition du tissu cellulaire pelvien, étude anatomique à laquelle son compatriote Sneguireff aurait fourni la sanction clinique. Le tissu cellulaire pelvien présente une disposition particulière; il forme des cloisons qu'ils appellent *mésentères cellulaires*. Or, le mésentère cellulaire du ligament rond aurait une importance capitale, parce qu'il diviserait toutes les inflammations du tissu cellulaire pelvien en deux groupes : *a*) antéro-latérales; *b*) postéro-latérales. Se guidant sur ces notions anatomiques, Goubaroff et Sneguireff ont cherché des procédés qui permissent d'atteindre toutes les collections purulentes du tissu cellulaire pelvien, par la méthode extra-péritonéale ou para-péritonéale. Dans 46 cas, Sneguireff aurait opéré avec succès. Goubaroff adopte donc l'incision pour ces sortes de suppuration.

BOISLEUX (de Paris) fait une communication sur *l'élytrotomie interligamentaire, suivie du drainage du cul-de-sac de Douglas, pour servir au traitement des abcès pelviens, des adhérences de l'utérus et de ses annexes, soit entre eux, soit avec les organes voisins, et en particulier pour le traitement des rétro-déviations utérines, rétroversions et rétroflexions mobiles ou fixées.*

Des grossesses extra-utérines.

A. MARTIN. (Voir plus haut, p. 258.)

Discussion. — A. DORAN (Londres) estime que rien, jusqu'à ce jour, n'autorise à admettre comme siège primitif de l'œuf ectopique d'autre région que la trompe. Le siège primitif le plus fré-

quent est incontestablement la portion moyenne de la trompe. On a donné comme argument en faveur de la grossesse ovarique la situation du ligament de l'ovaire par rapport à l'utérus et au sac ovulaire. Mais, un sac tubaire repousse l'ovaire contre l'utérus et l'enveloppe souvent dans la paroi, en sorte que ce ligament de l'ovaire va de la matrice au sac : cependant, il ne s'agit pas de grossesse ovarique. L'examen histologique présente un grand intérêt. La présence des villosités confirme et éclaire le diagnostic, qui est souvent fort difficile. Doran est partisan d'une intervention hâtive.

Dmitri de Ott (St-Pétersbourg) croit que, au sujet de la conduite à tenir dans les cas graves, l'accord est fait : intervenir résolument par la laparotomie. Aussi, l'objet de sa communication est-il autre : déterminer ce qu'il convient de faire dans les cas, en quelque sorte, de « grossesse extra-utérine chronique », ou bien d'arrêt d'évolution de la grossesse ectopique, en tenant compte de toutes les éventualités possibles, de tous les phénomènes qui suivent cet arrêt après la toute première période de la gestation.

« A. Phénomènes provenant des modifications qui ont lieu dans la poche fœtale même et dans son contenu :

1° Reprises d'hémorrhagies internes, qui exposent la vie de la malade à un danger sérieux ;

2° Symptômes qui sont dus à la présence d'un corps étranger dans la cavité abdominale et se manifestent par des troubles dans les fonctions des organes voisins, par des douleurs et par des troubles généraux dans la nutrition. Parfois la rétention de l'œuf a pour suite l'impossibilité de couches normales, ainsi que l'a décrit Schauta, et ainsi que j'ai pu l'observer moi-même ;

3° Lésions inflammatoires de toute espèce, dans le péritoine et dans le tissu cellulaire, provoquées par la présence d'un corps étranger. Dans ces cas, on observe assez fréquemment une péritonite mortelle ;

4° Passage de la tumeur à la suppuration ou à la gangrène, avec toutes ses conséquences.

B. Phénomènes dus à des modifications consécutives dans les autres parties de l'appareil sexuel et particulièrement dans l'utérus :

Transformation de la muqueuse en caduque ; hypertrophie et hyperplasie des éléments musculaires ; le sang y afflue plus énergiquement.

Phénomènes analogues à ceux de l'avortement intra-utérin incomplet ; subinvolution, élimination de la caduque, ou, ce qui est probablement plus fréquent, atrophie graduelle sans détachement.

Ainsi donc, le point important réside dans les symptômes dus à la rétention dans l'appareil sexuel, de l'œuf avorté ; dans ces cas, l'hémorrhagie, qui dure souvent des mois entiers, constitue certainement le symptôme le plus caractéristique.

L'hémorrhagie, dans l'avortement tubaire, est surtout dangereuse lorsqu'elle est due non seulement à des modifications dépendant de l'état de grossesse même, mais lorsqu'elle est en outre compliquée par un trouble de la circulation, trouble causé généralement par un déplacement de l'utérus qui est refoulé par le sac ovulaire.

Aux époques de l'hyperhémie menstruelle, le tableau de la maladie s'accuse de plus en plus, et la femme épuisée est sujette à une reprise d'hémorrhagie. »

Au résumé, l'arrêt de la grossesse extra-utérine ne saurait écarter les dangers qui menacent la vie de la malade. D'où, comme indication thérapeutique rationnelle : l'ablation complète de l'œuf et de tous les tissus voisins altérés. Comme opération de choix, la laparotomie qui, seule, permet d'apprécier *de visu* ce que doit être l'action chirurgicale. Reiss (de Kiew), montre des dessins et des planches qui, à son avis, démontrent incontestablement la réalité de la grossesse abdominale primitive. Dans 2 cas, il a trouvé le fœtus encore vivant, l'un d'eux, bien conformé et vigoureux, pesait 3200 grammes. De ces 2 faits, il conclut que le chirurgien n'est pas absolument autorisé à se désintéresser dans tous les cas du sort de l'enfant. Pichevin a observé, en 18 mois, 8 grossesses extra-utérines. Sauf dans 2 cas, complexes à la vérité, il put établir le diagnostic. Sur les 8 cas, il y eut 2 décès ; l'un par hémorrhagie (on avait fait l'hystérectomie vaginale), l'autre par péritonite, causée vraisemblablement par une rupture de l'intestin. Pawlacki-Bey (Constantinople) a observé 5 grossesses ectopiques. Il est persuadé que l'hématocèle est toujours la conséquence de la rupture d'un kyste fœtal extra-utérin. Cameron (de Glasgow) accorde, dans l'étiologie des grossesses ectopiques, un rôle important aux affections de l'utérus et des trompes de Fallope. Comme traitement, il a recours soit à l'injection dans le sac de substances toxiques, soit à l'électricité. P. Petit (de Paris),

dans tous les faits d'hémato-salpinx de petit volume (6 à 8 environ) qu'il a eu l'occasion d'examiner, n'a jamais manqué de constater la présence de villosités et d'un lit de cellules déciduales caractéristiques d'une grossesse extra-utérine. De plus, de faits tirés de sa pratique, il serait tenté de conclure que la grossesse ectopique a une part importante dans la genèse d'affections annexielles, qu'on serait porté à attribuer à toute autre cause. A la demande faite par LE BEC, s'il est toujours possible de diagnostiquer le siège du placenta, Martin répond qu'on ne peut formuler ce diagnostic qu'après large ouverture du ventre. J. ENGELMANN (St-Louis) montre des planches qui mettent en évidence des conditions anatomiques qui ont favorisé la grossesse ectopique. L'ovule, parti de l'ovaire gauche, avait traversé la cavité abdominale, et de là gagné la trompe où il avait été fécondé. Du côté opposé, des adhérences rendaient impossible l'application de l'*ostium abdominale* sur l'ovaire correspondant.

Du placenta prævia.

BERRY HART (d'Edimbourg) (1).

Pathogénie de l'éclampsie.

CHAMBRELENT relate le résultat d'expériences faites sur les animaux dans le but d'éclairer la pathogénie de l'éclampsie. De ces recherches il résulte : *a*) que la toxicité du sérum sanguin, si on la compare à la toxicité du sérum sanguin physiologique, laquelle a été établie par Rummo, est augmentée chez les éclamptiques; *b*) que la toxicité de l'urine des éclamptiques varie en raison inverse de celle du sérum sanguin. Ces résultats militent en faveur de la théorie de l'auto-intoxication, et d'autre part, les notions acquises pourraient servir à établir, dans chaque cas, le pronostic de l'éclampsie.

Discussion. — BAR conteste que la démonstration de l'auto-infection soit faite par ces résultats. Pourquoi, dans le cas d'une hétéro-infection la toxicité du sérum sanguin ne pourrait-elle pas être accrue? D'ailleurs, les expériences qu'il a lui-même entreprises lui ont donné des résultats semblables à ceux obtenus par Chambrelent. Il reste intéressant de déterminer la toxicité du sang chez les albuminuriques gravidiques, etc.

(1) La communication de HART (rapporteur) sera publiée *in extenso* dans le prochain numéro du journal. R. L.

Du traitement abdominal du pédicule après l'hystérectomie.

Delétrez est partisan du traitement abdominal du pédicule après l'hystérectomie pour fibromes. Il emploie un lien élastique bien aseptisé qu'on laisse à demeure. Sa statistique personnelle est de 18 cas avec 0 0/0 de mortalité.

Kyste ovarique compliqué de grossesse.

Debaisieux relate l'observation d'une femme de 40 ans, atteinte depuis 2 années environ d'une tumeur, prise pour un fibrome de la matrice. Devenue enceinte, et le travail ayant débuté à terme, M. Debaisieux, estimant l'accouchement par les voies naturelles impossible, pratiqua l'opération de Porro. Mais, au lieu d'un fibrome utérin, il constata un kyste de l'ovaire qu'il enleva. Traitement des 2 pédicules kystique et utérin par la méthode de Mikulicz. Hémorrhagie secondaire, due sans doute à la section trop rapide par le lien élastique vers le 15e jour, qui se traduisit par une collection fluctuante dans le cul-de-sac de Douglas. Ponction évacuatrice par le rectum et guérison.

Si le diagnostic vrai eût été fait, l'auteur de la communication eût pratiqué de bonne heure l'ovariotomie, persuadé qu'il est de l'innocuité de cette intervention par rapport à la marche de la grossesse.

Traitement chirurgical des cancers utérins inopérables.

Houzel (de Boulogne). — A l'aide d'instruments tranchants (bistouri, curette, ciseaux), il enlève tout ce qu'il peut des tissus dégénérés, et quand il arrive sur des tissus simplement infiltrés, il a recours à la suture qui donne des réunions par première intention. Comme topique, il se sert d'acide lactique. D'après ses statistiques, la survie moyenne obtenue serait d'une année.

De la basiotripsie.

Heinricius recommande le basiotribe dans les cas de rétrécissements légers du bassin, pour lesquels la craniectomie s'impose.

Discussion : Bar résume les avantages du basiotribe qui sont ceux du cranioclaste et du céphalotribe réunis. Le cranioclaste prenait bien et écrasait mal, le céphalotribe prenait mal mais écrasait bien. Pour obtenir les meilleurs effets du basiotribe, il

faut s'efforcer de saisir la tête fœtale obliquement, de l'apophyse mastoïde d'un côté à l'os malaire de l'autre côté.

Deux cas de chirurgie obstétricale.

DELAGÉNIÈRE a pratiqué l'opération de Porro dans un cas d'accouchement compliqué par un fibrome de l'utérus. Il résume, comme il suit, les indications de cette opération : 1) obstacle permanent siégeant dans la matrice, de telle sorte que l'obstacle disparaît avec l'utérus; 2) impossibilité ou difficulté trop grande de faire la castration après l'opération césarienne; 3) hémorrhagie considérable de la cavité utérine après l'extraction du fœtus et du placenta; 4) inertie de la matrice.

Dans un second fait, il s'agissait d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit compliqué d'une grossesse au 3e mois. Sous l'influence du développement de l'utérus, il y eut torsion du pédicule avec symptômes généraux graves. Ovariotomie. Continuation normale de la grossesse, accouchement normal 6 mois après. A l'occasion de ce fait et d'autres, l'auteur formule les propositions suivantes :

1° A l'état de grossesse s'ajoutent des symptômes graves de péritonite, d'étranglement interne, etc. : alors il n'y a pas d'hésitation possible, l'opération s'impose;

2° Il n'y a pas de symptômes alarmants; on découvre un beau jour une tumeur abdominale chez une femme enceinte, ou bien, on soupçonne une grossesse quand il y a indication précise à la laparotomie : dans ces différentes conditions on doit encore intervenir car :

a) La grossesse n'est pas compromise par l'opération, tandis qu'elle l'est par la coexistence de la tumeur;

b) L'abstention fera courir à la malade des risques d'accidents péritonéaux et d'avortement, qui sont autant de complications graves surajoutées à l'opération dont les indications subsisteront quand même.

Varicocèle chez la femme.

PAUL PETIT a étudié les altérations anatomiques provoquées chez la femme par le varicocèle pelvien. A la phase initiale, dont il a pu étudier un cas type, on ne constate que de l'œdème et des pseudo-kystes par dissociation du tissu conjonctif. Plus tard, en

même temps que l'œdème persiste en partie, la sclérose survient et par suite les follicules s'enkystent. La dégénérescence scléro-kystique, lésion si importante et si fréquente en gynécologie, n'a donc point comme facteur indispensable, la péri-oophorite. Sans compter les congestions actives et répétées, il faut tenir compte de la stase veineuse prolongée.

Salpingite kystique; échec de la dilatation; imperméabilité de la moitié interne des trompes à l'examen des pièces.

Fournel (de Paris). — L'imperméabilité tubaire fut constatée après ablation, après laparotomie, de la trompe kystique. L'occlusion complète siégeait à la partie moyenne de l'oviducte, qui paraissait transformé en un cordon fibreux. Cet état anatomique explique trop bien l'échec de la dilatation, etc. Il est probable qu'on se trouve souvent en présence de conditions analogues.

Discussion : Vulliet (de Genève) est persuadé que dilatation et tamponnement de l'utérus ne sont que des moyens très insuffisants contre les collections tubaires.

Traitement du prolapsus utérin.

Westermark (de Stockholm) recommande contre le prolapsus utérin, un procédé opératoire qui lui a donné de bons résultats : *a*) excision du col, si cet organe est hypertrophié; *b*) colporrhaphie antérieure destinée à corriger la cystocèle ; *c*) colporrhaphies *latérales*, droite et gauche, pratiquées, dans le but non seulement de rétrécir le vagin, mais d'obtenir la rétraction du tissu conjonctif des ligaments larges, qui ont subi un certain allongement du fait du prolapsus. Les sutures ne sont nouées qu'après réduction du prolapsus.

En tout, l'auteur a opéré 25 malades par cette méthode. Un certain nombre de ces opérations datent de 1887. Il n'y a pas eu de récidives.

Sur un signe de rétro-déviation utérine.

Pichevin (de Paris). — Ce signe, indiqué par Le Dentu, consiste dans la constatation, par le toucher vaginal combiné ou non avec le palper abdominal, de la crête médiane qui existe sur la face postérieure de l'utérus.

« Lorsque les doigts explorateurs sont arrivés dans l'angle formé

par le cul-de-sac postérieur, on doit les diriger lentement de haut en bas, sur la partie médiane de la masse arrondie représentant le corps de l'utérus. En même temps les doigts dépriment un peu la muqueuse vaginale, en la faisant glisser transversalement sur la tumeur. On parvient ainsi à sentir une crête mousse souvent très nette, qui divise la masse globuleuse en deux parties latérales symétriques. Tantôt la saillie est peu marquée, difficilement perceptible, tantôt la crête est saillante et très nette, surtout dans la portion voisine de l'angle de flexion.

En suivant cette crête avec le doigt, on peut, dans certains cas, reconnaître que le corps de l'utérus ne se trouve pas sur la ligne médiane. On peut ainsi diagnostiquer aisément une rétro-latéro-déviation ».

De l'achondroplasie.

Porak (de Paris). — Cette communication tend à établir l'individualité propre de l'achondroplasie, qu'il ne faut confondre ni avec le nanisme ni avec le rachitisme.

Communications diverses : Chéron. **Drainage prolongé de l'utérus au moyen de crins de Florence.**

Keiffer (Bruxelles). **Fibro-myômes utérins sous-séreux dans un cas d'arrêt de développement de l'utérus, avec prolapsus total externe de la matrice et des organes voisins.**

Consolas (Athènes). **Malformations utérines.**

Boursier et Jacobs citent deux observations dans lesquelles l'ablation des annexes supprima des crises dysménorrhéiques chez des femmes dont le **vagin et l'utérus étaient absents ou imparfaitement développés.**

Vallin. **Un cas de péritonite tuberculeuse guérie par la laparotomie ; opération datant de quatre ans.** — De ce fait, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La forme ascitique de la péritonite tuberculeuse offre, en certaines circonstances, des difficultés diagnostiques insurmontables ;

2° Cette observation est une preuve de plus de la possibilité, non expliquée, de la guérison de la péritonite tuberculeuse par l'incision péritonéale ;

3° Elle va à l'encontre de la pensée de ceux qui croient que la forme ascitique répond à la tuberculose péritonéale primitive ;

4° Elle paraît bien démontrer la réalité de la contagion de la tuberculose par les rapports sexuels.

LAURENT (de Bruxelles). **La persistance de la menstruation après l'hystérectomie**, peut être observée. Pour que le phénomène susceptible d'entraîner des accidents se produise, il faut qu'il reste une certaine quantité de muqueuse utérine. Et peut-être n'est-il pas nécessaire que les annexes soient restées en place. Pour éviter les accidents possibles, il importe donc de détruire toute la muqueuse utérine, et d'autre part, pour se mettre en garde contre toute possibilité de grossesse, d'extirper les ovaires. L'auteur a vu la menstruation survenir après une résection de l'utérus pour myômes, au cours de laquelle il avait enlevé les parois antérieure et latérales de l'utérus et un ovaire.

FAUCON (Lille). **Un cas de prolongation de grossesse**, de 3 semaines au moins, observé chez une femme à bassin rachitique. Accouchement à terme, présentation du tronc, version, enfant du poids de 11 livres.

VULLIET. **Utérus traité par le chlorure de zinc, et présentant une oblitération complète du col.**

AUVARD (de Paris) préconise le **tamponnement utérin** avec de la gaze iodoformée dans les conditions suivantes :

1) Hémorrhagies après accouchement;

2) Hémorrhagies après avortement ;

3) Hémorrhagies du *post-partum* ;

4) Hémorrhagies après curettage;

5) Hémorrhagies après myomectomie vaginale.

HENDRICKX (de Bruxelles) présente **deux enfants laparotomisés l'un et l'autre pour une péritonite tuberculeuse** ; et un troisième enfant chez qui fut pratiquée à l'âge de quinze mois une laparotomie pour ablation d'un sarcome du rein.

MENDÈS DE LÉON (d'Amsterdam) lit une note sur le **traitement des myômes utérins**, dans laquelle il reconnaît que la myotomie est une excellente opération qui ne donne qu'une mortalité de 8 %, mais se déclare partisan de l'ablation des annexes.

VERRIER (de Paris) conseille l'emploi de l'**anesthésie mixte en gynécologie**, et estime que l'association du chloroforme et du chlorhydrate de morphine est de beaucoup plus préférable aux autres modes d'anesthésie.

APOSTOLI (de Paris) recommande l'**emploi préalable du traitement électrique** dans les cas de maladies des annexes, sans préjudice des autres procédés chirurgicaux, auxquels il sera toujours

temps d'avoir recours si la *sédation faradique* ou la *réaction galvanique* intra-utérine ne donnent pas de résultat satisfaisant.

DANION (de Paris) communique les résultats de ses observations relatives à l'**action de l'électricité sur les hémorrhagies produites par les fibromes.**

GOULLIOUD conseille l'**extirpation par la voie vaginale**, sans hystérectomie préalable, des petites pyosalpingo-ovarites unilatérales simples, avec peu d'adhérences, et lorsque le cul-de-sac de Douglas est facilement accessible.

DURET (de Lille) fait une communication sur les **tumeurs végétantes de l'ovaire.** Ces tumeurs ont une histoire à part et une évolution toute spéciale, mais on peut les reconnaître cliniquement, grâce à la sensation de fongosités par laquelle elles se caractérisent, et la survie qui accompagne souvent leur extirpation suffit pour justifier l'intervention chirurgicale.

BOSSI (de Gênes) communique les résultats de ses recherches expérimentales et cliniques sur les divers processus de **réparation de la muqueuse utérine** détruite par le raclage ou par des applications de pâte de Canquoin.

Des formes frustes et anormales de la septicémie puerpérale.

LABADIE-LAGRAVE (1) et BASSET (Paris). — Après avoir rappelé l'influence si efficace de la méthode antiseptique, non seulement au point de vue de la disparition de certains accidents puerpéraux, mais aussi de l'atténuation de certaines complications encore observées (salpingite, phlegmatia alba dolens, etc., etc.), les auteurs résument dans quelques propositions les résultats de recherches bactériologiques qu'ils ont faites :

1° L'examen direct ou des cultures montre *au début* de l'affection, dans le sang et les lochies, des microcoques, des diplocoques mobiles et des chaînettes de streptocoques ayant 8 et 10 éléments;

2° Lorsque la fièvre s'abaisse et après un traitement approprié, les chaînettes diminuent et n'ont plus que 3 ou 4 éléments. Elles disparaissent avec l'état aigu, mais les microcoques persistent et la malade ne peut être considérée comme guérie que lorsque ces organismes ont complètement disparu du milieu sanguin ;

3° Le microcoque reproduit, dans les cultures en série, les chaî-

(1) *Annal. de gynécol. et d'obstét.*, octobre 1891, p. 244.

nettes de 8 à 10 points : c'est donc une forme atténuée du streptocoque;

4° Dans les formes prolongées, on trouve au début les mêmes caractères que précédemment, mais ici les microcoques et diplocoques persistent malgré l'apyrexie. S'il se produit une localisation, le streptocoque en chaînettes de 8 à 10 éléments reparaît pendant la période aiguë pour disparaître au déclin de l'état fébrile. D'où cette conclusion : le streptocoque en chaînettes est la forme virulente du microbe puerpéral, il apparaît avec l'état aigu et disparaît avec lui;

5° Une deuxième conclusion peut être tirée de ces constatations : c'est que tant qu'il y aura des microcoques dans le sang, on peut craindre le retour de l'état aigu; la réapparition des chaînettes dans le sang après leur disparition indique que la malade est en imminence d'une nouvelle localisation ou d'une nouvelle poussée aiguë;

6° La série de ces phénomènes peut se produire trois ou quatre fois pour une même malade suivant le nombre des localisations successives.

Hémorrhagies consécutives à l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Ziemubicki formule les conclusions suivantes :

1° Ces hémorrhagies arrivent à la fin du deuxième au cinquième jour. Elles peuvent déterminer la mort des malades par suite de l'anémie suraiguë ;

2° Les moyens palliatifs et médicaux sont insuffisants pour les maîtriser. Le broiement et l'aspiration constituent une méthode illusoire;

3° Contrairement à l'avis de Hegar, de Kaltenbach et de Pozzi, elles ne sont pas généralement d'origine artérielle, mais proviennent des plexus veineux;

4° La cause predisposante réside dans les phlébectasies consécutives à la grossesse;

5° La cause directement efficiente paraît due à la section des veines par l'anse du fil de suture métallique ;

6° On ne peut pas admettre, comme le veulent Hegar et Pozzi, que ces hémorrhagies soient toujours imputables aux chirurgiens et à une faute de technique opératoire;

7° La taille hypogastrique pratiquée à temps arrête l'hémor-

rhagie en faisant passer la vessie de l'état de contraction continuelle à l'état de rétraction et de repos : elle est donc au premier chef hémostatique ; en second lieu, elle peut assurer la première intention de l'opération plastique faite par le vagin et éviter un échec imminent.

Dégagement de la tête dans les accouchements par le front.

HEINRICIUS (d'Helsingfors) cite une observation dans laquelle le dégagement se fit par un mécanisme particutier : X..., 23 ans, primipare, en travail. Tête fœtale dans l'excavation pelvienne, suture frontale parallèle au diamètre transverse. Accès éclamptique. Terminaison de l'accouchement avec le forceps; l'instrument est appliqué entre les diamètres antéro-postérieur et oblique droit. Rotation de la tête, qui se place de telle façon que le bord alvéolaire du maxillaire inférieur s'applique sur le bord inférieur de la symphyse. Le dégagement se fait suivant les diamètres mento-frontal, mento-bregmatique et mento-occipital. (Cas analogue dans la thèse de Devars, Lyon, 1885.)

Sur l'énucléation des fibromes.

ENGSTROM. — De préférence à la castration ou à l'hystérectomie supra-vaginale ou totale, opérations graves et essentiellement mutilatrices, l'auteur conseille l'énucléation qui convient dans le cas de myôme peu volumineux ou de noyaux fibromateux peu nombreux. Sur 21 opérations, il n'a eu qu'un décès, encore a-t-il été causé par des accidents purement intestinaux.

DOYEN (de Reims). **Nouveau procédé d'hystérectomie abdominale**, permettant d'enlever, par laparotomie, l'utérus en totalité : incision en long et d'un seul coup du cul-de-sac péritonéal postérieur et de la surface péritonéale du fibrome ; puis incision circulaire, partie de la première et la rejoignant en circonscrivant le segment supérieur de la tumeur et passant au-dessus des pédicules ovariens. Décortication sous-péritonéale, sans forci-pressure, ligature des pédicules annexiels, extirpation complète de l'utérus : 11 opérations avec 1 mort.

Note sur la symphyséotomie.

PORAK. Communication à l'occasion de 2 symphyséotomies, avec succès pour les mères et les enfants.

La symphyséotomie constitue, avec l'opération césarienne, une opération conservatrice de l'enfant sans faire courir à la mère les risques de cette grave intervention.

L'étendue de ses indications constitue un problème dont les éléments sont complexes, aussi bien quant au degré et à la variété du vice de conformation pelvienne, qu'en ce qui est relatif à l'appréciation du volume de l'enfant. La limite inférieure du degré de rétrécissement est encore sujette à discussion ; il sera prudent, pour fixer sa limite supérieure, de recourir dans les cas douteux à une application de forceps qui fournira avec précision l'impossibilité de franchir le rétrécissement sans compromettre la vie de l'enfant. Le champ de l'embryotomie se trouve donc circonscrit d'une façon presque générale au cas où l'enfant est mort.

L'expérimentation sur le cadavre fournit les notions nécessaires à fixer la pratique du manuel opératoire. *Le ligament triangulaire est puissant et inextensible et ne permet qu'un très faible écartement angulaire de la symphyse tant qu'il est conservé* (1).

Lorsqu'on porte en abduction les cuisses, surtout d'une façon brusque, après la section du ligament triangulaire, il se peut que le diastasis d'une des articulations sacro-iliaques se produise avec lésion du ligament antérieur après un très faible écart des pubis. Le diastasis ne se produit sur la seconde articulation sacro-iliaque qu'après un écart plus considérable des pubis, mesurant de 7 à 8 centimètres. Il se fait alors sur le tissu cellulaire post-pubien des tiraillememts tels qu'on peut craindre des lésions des voies urinaires, surtout de l'urèthre. La réparation des lésions du diastasis sacro-iliaque semble plus facile que celle des lésions pubiennes.

On a proposé de nombreux procédés opératoires, mais, en réalité, les plus simples, accomplis avec le bistouri, sont les meilleurs. Ils sont différents suivant qu'on opère la malade dans le décubitus dorsal ou dans la position en travers du lit. On devra toujours pratiquer les sections dans le décubitus dorsal, parce qu'on rapproche d'une façon plus certaine l'un des pubis de l'autre.

La symphyséotomie ne présente ordinairement pas de compli-

---

(1) A rapprocher de l'opinion émise par Léopold. Voir p. 290. R. L.

cations graves; il se produit quelquefois, immédiatement après l'opération, une hémorrhagie ordinairement modérée; la fièvre est nulle ou négligeable, l'incontinence d'urine rare est habituellement de courte durée; l'échec de la réunion de la plaie par première intention est également possible.

Tardivement, la conséquence, qui a le plus préoccupé *a priori*, consistait en la possibilité et la persistance de la mobilité des articulations pelviennes et dans la gêne consécutive de la marche. Dans les deux cas dont je viens de parler, quoique la mobilité des articulations ait été certainement plus prononcée qu'à l'état normal, la marche s'est accomplie facilement, et la douleur aux symphyses est restée nulle ou légère, aussi bien à la suite de la pression qu'à la suite de la fatigue.

Note sur l'opération césarienne.

CAMERON (de Glasgow). — Dans les bassins rétrécis, au-dessous de 7 cent. 1/2 la césarienne doit être faite, non comme opération de nécessité, mais comme opération de choix. Mieux vaut attendre un début du travail, pour bénéficier des contractions utérines et d'un certain degré de dilatation pour le drainage des liquides. Comme précaution contre l'hémorrhagie, l'auteur conseille l'application dans le vagin, quand on fait la première incision, d'un pessaire qu'on retire dès que l'ouverture est assez large pour admettre le doigt.

Du ballon de Petersen en gynécologie.

LEPRÉVOST (Havre). — Ce ballon, qu'on applique tantôt dans le vagin, tantôt dans le rectum, est destiné à faciliter certaines opérations qui se pratiquent dans le petit bassin, sur la portion vaginale du col, dans le cul-de-sac de Douglas, en rendant ces régions plus accessibles. Introduit, par exemple, dans le vagin, l'appareil refoule le fond de l'utérus vers l'angle sacro-vertébral, ouvre, étale en quelque sorte le cul-de-sac vésico-utérin et amène la partie supra-vaginale du col dans le champ de l'incision abdominale; en même temps, il immobilise l'utérus d'une façon plus égale et plus continue que ne saurait le faire la main d'un aide. Il facilite également l'enlèvement des liquides par l'étalement des parties déclives où ils ont une tendance à se collecter.

Toutefois, l'usage du ballon exige beaucoup de surveillance, si l'on veut prévenir des déchirures d'autant plus à craindre que le plancher pelvien aura perdu de sa souplesse et de son extensibilité.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Baer. A plea for the early diagnosis in the pelvic diseases of women. *Phila. Polycl.*, 1892, I, 32. — **Beebe** (C.-V.). Sterility. *Northwest-Lancet*, St-Paul, 1892, XII, 145-147. — **Edis** (A. W.). A note on sterility. *Med. Press. and Circ. London.*, 1892, n. s, LIII, 389. — **Foerster.** Clinical and microscopical analysis of twenty-five extirpated ovaries with special references to hæmatoma. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 577. — **Harris.** The microscope as an aide to diagnosis in diseases of the uterus. *Med. News* Philad., 1892, LX, 480. — **Herff.** Ueber den feineren Verlauf der Nerven im Eierstocke des Menschen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIV, Hft 2, p. 289. — **Jones.** Microscopical studies in pelvic peritonitis. *Med. Rec.*, N. Y., 1892, LI, 597. — **Manton.** On a certain cause of sterility, and its cure. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 493. — **Mensinga.** *Facultative sterilität.* Neuwied, 1892. — **Mundé.** Experience with oophorectomy for the cure of hystero-epilepsy. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 454. — **Oliver.** On that Form of Painful Menstruation called Functional, with suggestions as to Treatment. *Edinb. m. J.*, juillet 1892, p. 43. — **Pérignon.** Hernie intestinale au niveau d'une cicatrice résultant de l'ouverture spontanée à la peau d'un phlegmon du ligament large gauche. Cure radicale; guérison. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, Paris, 1892, XIX, 231-233. — **Rheinstaedter.** *Praktische Grundzüge der Gynækologie*, 420 pages, Berlin, 1892. — **Romitri.** Una castrazione femminile per isteria grave; guarigione. *Riv. gen. ital. di clin. med.*, Pisa, 1892 IV, 50. — **Schatz.** Ueber die Einwirkung einer Ureterscheidenfistel auf die Urinsekretion der bet. Niere. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynæk.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 387. — **Schaw.** The nervous system and some forms of endometritis, endocervitis and leucorrhea. *St-Louis Cour. Med.*, 1892, VI, 121. — **Wylie.** Diseases of the femal genitals simulated by diseases of other pelvic organs. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 565.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Arendt.** Ueber Masteuren und ihre Anwendung bei chronischen Krankheiten der weiblichen Sexual organe. *Therap. Monatsh.*, Berl., 1892, VI, 9. — **Arnaud.** Contribution à l'étude du traitement de l'endométrite par le crayon de sulfate de cuivre. *Bull. gén. de thérap.*, etc.. Par., 1892, CXXII, 403. — **Bardenheuer.** Verschluss grosser Vesico-vaginalfisteln durch Transplantation der Blasenwand. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir.*, Berl., 1891, XX, pt 2, 103. — **Boulengier.** Quelques prin-

cipes généraux relatifs au traitement des endométrites et de leurs complications ovaro-salpingiennes. *Press. med. belg.*, Brux., 1892, XLIV. 126, 134.— **Bröse**. *Die galvanische Behandlung der Fibromyome des Uterus*, Berlin, 1892. — **Burrage**. The electrical treatment of pelvic inflammation. *Boston, M. and S. J.*, 1892, CXXVI. 600. — **Coë**. Tamponado of the uterus. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 213.— **Eichholz**. *Uterusirrigation oder intrauterine Œtzung?* Neuwied, 1892. — **Eliot**. The conservative treatment of pyosalpinx. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1892, XIX, 20.— **Garsony**. Du traitement local des ulcères vaginaux par l'alcool. *Orvosi betil.*, Budapest, 1892, XXXVI, 92. — **Goelet (Augustine H.)**. *The electro-therapeutics of gynæcology. Detroit, Mich.*, 1892, G. S. Davis, 202, 207 p., in-12. — **Henrotay** (J.). De l'irrigation continue pendant les opérations gynécologiques; un dispositif destiné à faciliter son emploi. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, Paris, 1892, XIX, 200-203. — **Keiffer**. Le pessaire dans le traitement des métrites. *Clinique*, Brux., 1892, VI, 65. — **Kelly**. The urethral catheter. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 768. — **Klein**. Zur balneologischen Behandlung der chronischen Endometritis. *Wiener med. Presse*, 1892, XXXIII, 838. — **Mackenrodt**. Beitrag zur intrauterinen Therapie. *Sammlg. klin. Vortr.*, Leipz., 1892, n° 45. — **Mackenrodt**. Was leistet die Elektrotherapie der Myomic : Antwort auf die Erwiderung der Dr Shaffer. *Deutsch. med. Wchschr.* Leipz., 1892, XVIII, 426. — **Maddern** (W.). A few remarks upon the Brandt system of treatment of the diseases of women. *Brooklyn M. J.* 1892, VI, 285-301. — **Malécot**. Sonde se fixant elle-même à demeure dans la vessie. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, Par., 1892, XIX, 321. — **Puech** (S.). Note sur un cas de glande mammaire surnuméraire. *N. Monpellier méd.*, 1892, I, 292-300. — **Ries** (E.). Ueber den Werth und die Bedeutung der Gymnastik in Verbindung mit der Brandt'schen Massage. *Deutsch. med. Wchnschr.* Leipz., 1892, XVIII, 402. — **Robb** (H.). The use of morphine and other strong sedatives in gynæcological practice. *Maryland M. J.*, Balt., 1892, XXVII. 617-620. — **Routier**. Utérus dont la cavité a été en grande partie détruite, en tout cas oblitérée par l'application du crayon de chlorure de zinc. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1892, XVIII, 230. — **Schauta** (F.). Ueber die Beckenhochlagerung bei gynäkologischen Operationen. *Wien. med. Wchnschr.*, 1892, XLII, 1, 51, 95. — **Sloan**. Note on the influence of rest in the treatment of diseases of women. *Glasgow M. J.*, 1892, XXXVII, 412. — **Taylor**. Carcinoma of the uterus; a plea for the cautery in inoperable cases. *Sei-i-Kwai M. J.*, Tokyo, 1892, XI, 61. — **Wylie**. Uterine drainage. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 441.

ANOMALIE DES ORGANES GÉNITAUX. — **Debierre** (Ch.). *Les vices de conformation des organes génitaux et urinaires de la femme.* Paris, 1892, J.-B. Baillière et fils, 35 pages in-12.— **Elischer** (J.). Ein Fall von Uterus rudimentarius und cervix rudimentaria. *Pest. med. Chir. Presse*, Budapest, 1892, XXVIII, 274. — **Giglio**. Due casi di malformazioni dei genitali muliebri (Utero doppio o bipartito, bicollo, con vagina septa; utero bipartito unicollo con vagina simplice). *Riforma med.*, Napoli, 1892, VIII, 185; 195. — **Hudspeth** (G.-W.). Congenital malformations of the uterus. *J. M. Soc. Arkansas, Little Rock*, 1891-2, II, 491-494. — **Mondon**. Elephantiasis des grandes lèvres; tumeurs pesant 25 kilogr. Opération. Guérison. *Arch. de méd. nav.*, Paris, 1892, LVII, 293-97. — **Martin** (J.-N.). Absence of vagina; cyst of vulvo-

vaginal gland; bilateral laceration of cervix; fibroid of uterus causing menorrhagia. *Am. Gyn. J.*, Toledo, 1892, II, 287-291.

VULVE ET VAGIN.— Alexander. Congenital deformity of external-female genitals; entire absence of urethra: spontaneous dorsal dislocation of the hip as the result of efforts to retain urine; correction of deformity; with some observations upon the technique of ureteral catheterism. *J. Cutan. and Genito-Urin, Dis.*, N.-Y., 1892, X, 253. — **Cotrelle.** Contribution à l'étude des kystes du vagin. *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1891, IX, 185; 1892, X, 200; 214; 231. — **Döderlein.** Ueber Scheidensekrete und Scheidenkeime. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 35. — **Gow.** Primary sarcoma of the vagina. *St-Barth. Hosp. Rep*, Lond., 1891, XXVII, 97. — **Kennedy.** Congenital atresia of the vagina; operation; cure. *Univ. M. Mag.*, Philad., 1891-2. IV, 703. — **Körner.** *Ein Fall v. primären Scheidensarcom im Kindesalter*, Diss., Göttingen, 1892. — **Neuman.** Ein Fall aphthöser Erkrankung der Vagina mit consecutiven Erythema multiforme. *Prag. med. Wchschr.*, 1892, XVII, 158. — **Ostermayer.** Ein Fall von traumatischer Vaginalruptur. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 31, p. 610. — **Ozenne.** Du cancer des grandes lèvres. *Bullet. méd.*, Paris, 1892, VI, 873.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — Abbott. A note on the precise diagnosis of the lesions in old ruptures of the perineum. *Northwest-Lancet*, St-Paul, 1892, XII 100. — **Boise.** The surgical treatment of backward displacements of the uterus. *Physic. and Surg. Ann.*, Arb. and Detroit, 1892, XIV, 150. — **Czempin.** Ueber Dammplastik durch Lappenbildung. *Deutsche med. Wchschr.*, Leipz. u. Berl., 1892, XVIII 449. — **Hall.** Total extirpation of the uterus for large fibroid tumor. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 809. — **Herrick.** Operative procedure in uterine displacements. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 490. — **Batuaud.** Sur un cas d'hystéropexie abdominale pour rétroversion utérine *Rev. méd.-chir. d. mal. d. femmes*, Par., 1892, XIV, 221. — **Rüter.** Zur Aetiolgie des Prolapses von Uterus und Vagina. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 37, p. 721. — **Wylie.** The significance of uterine displacements. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Philad., 1891-2, V, 321.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — Bakowski. Uterusabscess mit Perforation in der Cervix; Heilung. *Frauenarzt*, Berl., 1892, VII, 111. — **Baldy.** Chronic endometritis. *Maryland M. J.*, Balt., 1891-2, XXVI, 485. — **Bogart.** Lacerated cervic. *N. Orl. M. and S. J.*, 1891-2, XIX, 721. — **Boldt.** Glandular endometritis and chronic metritis. *Proc. N. York Path. Soc.*, 1891-2, 50. — **Herzfeld.** Ueber Blutungen bei Erkrankungen der Uterus-Adnexa. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1892, XXXVII, 161; 173; 196. — **Montgomery.** Endometritis; uterine dilatation and drainagie. *Med. News*, Philad., 1892, LX, 404. — **Ribaux.** Observations d'un cas d'endométrite et considérations sur la méthode de traitement de Dumontpallier et Polaillon. *Rev. de la Suisse romande.*, Genève., 1892, XII, 94. — **Tannen.** Zur Kasuistik und Diagnose der Fremdkörper im Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 28, 543. — **Skene.** Laceration of the cervix uteri with erosion; the diagnosis of erosion from malignant disease. *Intern. Clin.*, 1892, IV, 194.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Amann.** *Neubildungen der Cervical portion d. Uterus*, 92 p., München, 1892. — **Baldy.** Ute rine cysts. *Am. Gynæc. and Pædiat.*, Philad., 1891-2, V, 362. — **Coe.** Rupture of the uterus; hysterectomy; death. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 682. — **Cushing.** Vaginal hysterectomy for cancer. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 433. — **Delbet.** Sur un cas de fibromyôme utérin sous-péritonéal adhérent à la paroi; difficultés du diagnostic; opération pendant la grossesse. *Arch. gén. de méd.*, Par., 1892, I, 203. — **Edebohls.** Carcinomata of the uterus: myomata: laparo-vaginal hysterectomy; death from intestinal paralysis. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 819. — **Freeborn.** Carcinomata and fibromata in the same uterus. *Proc. N. York Path. Soc.*, Lond., 1891-2, XXXIII, 158. — **Gross.** Tumeur fibro-cystique de l'utérus. *Rev. méd de l'Est*, Nancy, 1892, XXIV, 161. — **Haultain.** Pedunculated Uterine growths. *Edinb. M. J.*, septembre 1892, 253. — **Léopold.** Zur Diagnose des Carcinoma Carporis uteri. *Verhand. d. deustch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 108. — **Petrovic.** Beitrag zur Exstirpation des myomatosen Uterus nach Chrobak. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1892, XXXVII, 91. — **Pfannenstiel.** Demonstration eines Uterus mit zahlreichen Flimmerepithelcysten auf der peritonealen Flache. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 318. — **Rossier.** Beiträge zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus bei maligner Neubildung desselben. *Cor.-Bl. f. schweiz. Aerzte.*, Basel, 1892, XXII 202.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES; AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Boldt.** Suppurative ophooritis. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 289. — **Cabot (A.-T.).** The treatment of pelvic abcess. *Boston M. and S. J.*, 1892, CXXVI, 493. — **Chadwick (J.-R.).** The pathology, diagnosis and treatment of pelvic inflammations. *Boston M. and S. J.*, 1892, CXXVI, 493. — **Chénieux.** Tumeur de l'aine droite; hernie de l'ovaire; pyosalpinx; opération. *Limousin méd.*, Limoges, 1892, XVI, 38. — **Crofford.** Tubercular peritonitis. *Memphis M. Month.*, 1892, XII, 249. — **Fitz (R.-H.).** The pathology of pelvic inflammation. *Boston M. and S. J.*, 1892. CXXVI, 491-93. — **Fournier.** Suppuration pelvienne prolongée. *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1892, X, 230. — **Hellier (J.-B.).** On pelvic haematocele. *Prov. M. J.*, Leicester, 1892, XI, 405. — **Hulkson.** Pyosalpinx following miscarriage successfully removed. *Med Rec.*, N. Y., 1892, XLI, 405. — **Landau.** Zur Behandlung der chronischen Beckeneiterungen. Die Resektion des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, n° 35, p. 689. — **Madden (Thomas More).** *Diseases of the Fallopian tubes and their treatment*, Dublin, 1892. — **Morisani (O.).** Ematocele peri uterina extra-peritoneale. *Bull. d. clin.*, Milano, 1891, IX, 49-67. — **Modlinski.** Cas de péritonite suppurée consécutive à une affection utérine, laparotomie; guérison. *Med. Obozr.*, Mosk., 1892, XVXVII, 548. — **Pépin.** Salpingites et salpingectomies. *J. de méd. de Bordeaux*, 1892, XXII, 139. — **Potain.** Un cas d'hématome péritonéal. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, Par., 1892, VI, 369. — **Reynier (P.).** De l'intervention dans l'hématocèle péri-utérine. *Bull. Soc. de méd. prat. de Paris.*, 1892, 182; 194. — **Robinson.** Gonorrhœal peritonitis. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1892, IV, 19, 62. — **Veit.** Ueber Hämatosalpinx. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, Leipz., 1892, IV, 215. — **Witte.** Der bacillus lauceolatus Fraenkel in pyosalpinx. *Deutsch. med. Wchschr.*, Leipz. u. Berl., 1892, XVIII, 451.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE. — **Cleveland**. Fibro-adenoma of the parovarium. *N.York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 592. — **Edebohls**. Hematoma of the ovary diagnosticated by exploratory puncture. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 685. — **Mantel**. *Dermoid Kysten d. Ovariums*. Diss, Heidelberg, 1892. — **Freund**. Die Lage der Ovarialdermoïde zum Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 31, p. 609. — **Ott**. Ein Fall von Tuboparovarialcyste. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 37, p. 721. — **Rosthorn**. Zur Anatomie der Tubo par ovariolcysten. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 327.

ORGANES URINAIRES. — **Bozeman**. Accidental uretero-vaginal fistula following hysterectomy; cure by kolpo-uretero-cystotomy, gradual preparatory treatment and button-suture. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 453. — **Bridges**. Strictura of urethra in the female, and reflex neurosis from urethral, stricture in the male. *Med. Rec.* N. Y., 1892, XLI, 516. — **Currier**. A new method for operating for vesico-vaginal fistula and the use of salol for keeping the bladder quiet. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 604. — **Giorgini**. Fistola uretro-vaginale operata col processo americano con sollecita; guarigione. *Gazz. med. di Roma*, 1892, XVIII, 121. — **Kleinwächter**. Zur vesicalen operation des Blasencervixfistel. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, Stutt., 1892, XXIII, 338. — **Rheinstädter**. Eine seltene Komplikation der Cystocele *Cent. f. Gyn*, n° 36, p. 710. — **Skene**. Hernia of the bladder. *N. York J. Gyn. and Obst.*, 1892, II, 433. — **Weil**. Ein Fall von isolater Harnleiter-Scheidenfistel bewirkt durch einen Mayer'shen Ring. *Wien. klin. Wchschr.*, 1892, V, 235.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Braithwaite**. Removal of cancerous cyst in the broad ligament. *Brit. M. J.*, Lond., 1892, I, 1138. — **Brewis**. A Series of Abdominal Sections. *Edinb. m. J.*, septembre 1892, p. 242. — **Dudley (A.-P.)**. General emphysema following laparotomy. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 443-446. — **Emmet**. Broad-ligament cleamps for use in vaginal hysterectomy and drainage trocar. *Med. Rec.*, N. Y., 1892, XLI, 334. — **Guermonprez**. De l'abus de l'opération de Battey ou de Tait. *N. Arch. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1892, VII, 187-191. — **High**. Protection of the ureters in vaginal hysterectomy. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1892, IV, 106 — **Jones**. Abdominal section for multiple fibroïd of uterus. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 807. — **Keith**. The treatment of the pedicle in ovariotomy. *Lancet*, Lond., 1892, I, 967. — **Krukenberg**. Kastration und Flimmerepithel. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1891, Leipzig, 1892, VII, 417. — **M'Ardle**. The treatment of the pedicle after the myomectomy and hysterectomy. *Tr. Roy. Acad. M. Ireland*. Dubl., 1890-91, IX, 341. — **Martin (F.-H.)**. Specimen from a series of eleven cases of laparotomy. *Am. J. Obst.* N.-Y. 1892, XXV, 657, 662. — **Odebrecht**. Ueber ein « dreifache Laparotomie ». Beitrag zur Frage und Bedeutung der Peritonealverwachsungen. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 34, p. 673. — **Opie**. Abdominal surgery. *Med. Age*, Detroit, 1892, X, 296. — **Ott**. Einige technische Modifikation der Tamponade der Bauchhöle. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 32, p. 625. — **Petrascu**. Hysteropexia. *Clinica*, Bucuresci, 1892, III, 52. — **Pilcher**. The ultimate results of operation for removal of the uterus or its appendages. *Am. Surg.*, Philad., 1892, XV, 220. — **Sanderson** On a methode of ligaturing the pedicle in ovariotomy. *Lancet*, Lond., 1892, I, 1184. — **Price**.

Abdominal drainage. *Ann. Gynæc. et Pædiat.*, Philad., 1891-92, V, 341. — **Slavjansky**. Laparotomyconservation. *J. akush. I. Jensk. boliez.*, St-Petersb., 1892, VI, 189.

OBSTÉTRIQUE

APPAREILS ET INSTRUMENTS. ACCOUCHEMENT COMPLIQUÉ. — **Briegleb**. Geburt eines lebenden Kindes bei vollstandig zersetztem Fruchtwasser. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 29, p. 571. — **Budin**. Conduite à tenir pendant le travail dans les cas de présentation du siège décomplété, mode des fesses. *Rev. génér. de clin et de thérap.*, Paris, 1892, VI, 257. — **Remy**. De l'inertie apparente pendant la période d'expulsion; moyens d'y remédier. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1892, XXIV, 97.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Acconci**. Sur la contraction et sur l'inertie de l'utérus. *Arch. ital. de biol.*, Turin, 1891-92, XVI, 208. — **Ballantyne**. A case of ruptnre of the spleen in a new-born infant. *Arch. Pediat.*, Philad., 1892, IX, 275. — **Blanc**. Sur une anomalie nouvelle de l'amnios. *Compt. rendu Soc. de biol.*, Par., 1892, IV, 320. — **Herzog**. Ueber den Ruckbildungsprocess der Umbilicalgefässe. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chirg.*, Berl., 1891, XX, pt. 1, 118. **Pestalozza**. *Anatomia dell' utero umano in gravidanza ed in travaglio in 9 tavole di grandezza naturale.* Milano, 1891. — **Soffiantini**. *Sezione mediana verticale antero-posteriore mediante congelamento di cadavere al sesto meze di gestazione.* Milano, 1891. — **Walther**. Ein Fall von tuberosem subchorialen Hämatom der Decidua. *Cent. f. Gyn.*, nº 36. p. 707. — **Walcher**. Die Veranderlichkeit der Conjugata. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 446.

DYSTOCIE. — **Hüter**. Das Myom des Uterus als Geburts-Hinderniss *Berl. klin. Wchnschr.*, 1892, XXIX, 112.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Dobbert**. Beitrage zur Anatomie der ektopischen Schwangerschaften. *Arch. f. path. Anat.*, etc., Berl., 1892, CXXVII, 397. — **Engstrom**. Zur Aetiologie der Tubenschwangerschaft., Bd XXIV, Hft 2, p. 201. — **Jouin**. Grossesse extra utérine tubaire; extraction du fœtus par le vagin; guérison. *Rev. génér. de l'antisepsie méd. et chir.*, Par., 1892, V, 73. — **Leopold**. Ausgetragene Tubenschwangerschaft mit ganzlicher Entfernung des Fruchtsackes; Kind in Steisslage; Genesung. *Verhand. d. deutsch., Gesellsch. f. Gyn.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 167. — **Ross**. Abdominal section for purulent peritonitis resulting from ectopic gestation. *Am. Gynec. J.*, Toledo, 1892, II, 354. — **Rosthorn**. Gravidität in einer Tuboovarialcyste. *Verhandl. d. deutsch. f. Gyn.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 155. — **Taylor**. On some cases of ectopic gestation. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1892, LIII, 465. — **Werder**. Some moot points in ectopic gestation. *Tr. Am. Assoc. Obst. and Gynec.*, 1891, Philad., 1892, IV, 204.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Martin**. Twin pregnancy, one fœtus in utero and the other extra-uterine. *Ann. de Gyn. and Pæd.*, Philad., 1891-92, V, 534.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Ballantyne.** Studies in Fœtal Pathology and Teratology. *Edinb. M. J.,* juillet 1892, p. 57; 142. — **Bettmann.** Premature labor and the newborn child. *Am. J. Obst.,* N. Y., 1892, XXV, 315. — **Chisolm.** Eye diseases of the unborn. *Tr. M. and Chir. Fac.,* Maryland, Balt., 1891, 365. — **Dohrn.** Ueber gonorrnoische Erkrankung der Mundschleimhaut bei Neugeborenen *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.,* 1891, Leipz., 1892, IV, 13. — **Eisenhart.** Beckenmenge und Geschlecht des Kindes. *Cent. f. Gyn.,* 1892, n° 26, p. 498. — **Ferrari.** Un caso di morte di feto per nodo vero del cordone ombellicale e resultati di alcune ricerche sperimentali sui nodi che artificialmente si possono fare sui cordoni ombellicali. *Gazzett. med. Lomb.,* Milano, 1892, LI, 141. — **Grynfelt** et **Puech.** Des hémorrhagies gastro-intestinales chez le nouveau-né. *N. Montpell. méd.,* 1892, I, 125. — **Hüter.** Zur Enstehung des Kephalæmatoma externum. *Berl. klin. Wchschr.,* 1892, XXIX, 41. — **Rissmann.** Ein Beitrag zur Frage der fötalen Nierenfunktionen. *Cent. f. Gyn ,* 1892. n° 26, p. 497. — **Scholz.** *Ub. fœtale Rachitis,* Diss. Göttingen, 1892. — **Sperling.** Ueber die Aetiologie der sogenannten intrauterinen Fracturen an den Extremitaten, im besonderen der Unterschenkelknochen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.,* Bd XXIV, Hft 2, p. 225.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES.— **Boisleux.** Ueber intraligamentare Elytrotomie und ihre Indikationen. *Cent. f. Gyn.,* 1892, n° 29, p. 561. — **Boislinière.** Craniotomy or Cæsarean Section? *Am. gynec. J.,* Toledo, 1892, II, 213. — **Dührssen.** Zur Statistik des Cervix und Scheidendammeinschuitte. *Cent. f. Gyn.,* 1892, XVI, 141. — **Desiderius v. Velitzs.** Beiträge zur Kaiserschnitts. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.,* Bd XXIV, Hft 2, p. 185. — **Everke.** Ein Fall von Porro-operation wegen Beckenenge in Folge von Osteomalacie; Heilung des osteomalacie. *Deutsch. m. Wchschr.,* Leipz., 1892, XVIII, 72. — **Grandin.** Note on the normal rectification of occipito posterior position. *Am. J. Obst.,* N. Y., 1892, XXV, 632. — **Leopold.** Zwei symphyseotomien mit glücklichen Ausgang für Mutter und Kind. *Cent. f. Gyn.,* 1892, n° 30, p. 585. — **Morisani.** Sulla sinfisiotomia. *Giorn. internaz. d. sc. med.,* Napoli, 1892, XIV, 121. — **Müllerheim.** Uber die symphyseotomie. *Cent. f. Gyn.,* 1892, n° 30, p. 588. — **Noble.** Unique case of Cæsarean section. *Tr. Coll. Phys.,* Phila., 1891, XIII, 118. — **Petroff.** Section césarienne dans un cas d'obstruction pelvienne par une tumeur. *Vracth.,* Saint-Pétersbourg, 1892, XIII, 29. — **Tracou** et **V. Bué.** De l'accouchement prématuré dans les arthrites de la grossesse. *Arch. de tocol. et de gyn.,* Par., 1892, XIX, 6. — **Varnier.** De la symphyséotomie. *Rev. prat. d'obst. et de pædiat.,* juillet 1892, 193; 225.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Arnaud.** Des éruptions scarlatiniformes dans l'état puerpéral. *Marseille méd.,* 1892, XXIX, 205. — **Azaïs** *Contribution à l'étude de l'éclampsie puerpérale, sa fréquence, ses formes, sa gravité à Lyon; Maternité, hospice de la Charité.* Lyon, 1891. — **Barer.** Some mooted points concerning the vomiting of pregnancy. *Pacific M. J.,* San-Franc., 1892, XXXV, 76. — **Bickham.** Albuminuria of pregnancy. *N. Orl. M. and S. J.,* 1891-2, XIX, 903. **Breus.** *Das tuberöse subchoriale Hæmatom der Decidua; eine typische Form der Molenschwangerschaft,* Leipzig und Wien. — **Desprez.** Décollement placentaire; hémorrhagie; accouchement prématuré. *Arch. de*

toc. et de gynéc., Par., 1892, XIX, 15. — **Favre**. Die Ursache der Eklampsie eine Ptomaïnaemie mit Berücksichtigung einer neuen Methode der Nephrectomie behufs Herabsetzung ihrer noch geltenden hohen Sterblichkeitsziffer und eine Genese der bunten Niere; eine bakteriologische-experimentelle Untersuchung an 3 klinischen Fällen. *Arch. f. path. Anat.*, Berl., 1892, CXXVII, 33. — **Fischer**. Klinische Beiträge zur Diagnose der Schwangerschaftniere. *Prag. med. Wchschr.*, 1892, XVII, 175. — **Gilmore**. Insanity of the puerperium. *J. Nerv. and Ment. Dis.*, N. Y., 1892, XIX, 408. — **Grynfeltt**. Hémorrhagies de la délivrance. *N. Montpellier méd.*, 1892, I, 223. — **Hellier**. Concealed ante-partum hæmorrhage and placental apoplexy. *Lancet*, Lond., 1892, I, 1237. — **Hanau**. Ueber Knochenveranderungen in der Schwangerschaft und über die Bedeutung des puerperalen Osteophytes. *Fortsch. d. Med.*, Berl., 1892, X, 237. — **Herrmann**. *Ub. Tympania Uteri nebst 4 einschl. Fällen* Königsberg, 1892. — **Jacquet** et **Renaud (J.)**. Angine pseudo-membraneuse à streptocoques; métrite, ecthyma ulcéreux streptococcique de la vulve et du périnée chez une accouchée; érysipèle phlegmoneux de la paroi abdominale chez l'enfant. *Gaz. d. hôp.*, Par., 1892, LXV, 245. — **Jahreiss**. Intraperitoneale Blutung durch Abortus tubæ; Laparotomie; Heilung. *Munch. med. Wchschr.*, 1892, XXXIX, 149. — **Leudon**. Two cases of molar pregnancy. *Australas. M. Gaz.*, Sydney, 1891-2, XI, 162. — **Lihatzky**. Graviditation achten Monate. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 26, p. 489. — **Litzmann**. *Blutungen nach der Abortus*, In. Diss. Tubingen, 1892. — **Mackness**. Notes on a Case of Placenta prævia. *Edinb. m. J.*, septembre 1891, p. 249. — **Maslovski**. Etude sur l'auto-infection pendant les suites de couches. *J. akush. I jensk. boliez.*, St-Petersb. 1892, VI, 321. — **Mc Kee**. Habitual abortion. *Am. J. Obst.*, N.Y., 1892, XXV, 775. - **Meola**. Contribuzione alla patologia della placenta. *Annal. di Ostet.*, Milano, 1891, XIII, 809. — **Montgomery**. Puerperal Septicæmia requiring abdominal section. *Chicag. M. Recorders*. 1892, III, 486. — **Napier**. A case of advanced gestation complicated by septic peritonitis, successfully treated by abdominal section. *Brit. Gyn. J.*, Lond., 1891-2, VII, 362. — **Neustab**. Parametritis puerperale et influenza. *Meditsina*, St-Petersb., 1891, III, 619. — **Ott**. Ein casuistischer Beitrag zur Lehre von puerperaler Sepsis. *Prag. med. Wchnschr.*, 1892, XVII, 145. — **Rogers**. Pathology and treatment of puerperal eclampsia. *Cleveland M. Gaz.*, 1891-2, VII, 166. — **Rosenberg**. Is a rigid os with placenta prævia an absolute indication for Cesarean section? *Am. J. Obst.*, N. Y., 1890, XXV, 787. — **Siegfried Stocker**. Totalextirpation eines im 6 Monat graviden Uterus wegen Carcinom. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 32, p. 632. — **Solowieff**. Uber einen Fall von Hyperemesis gravidarum, begleitet von einer. Neuritis Multiplex. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 26, p. 492. — **Stoll**. Beitrag zur Gravidität der Uterus bicornis. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIV, Hft 2, p. 275. — **Sudre**. Notes sur l'éclampsie pendant la grossesse et pendant l'accouchement. *Echo méd.*, Toulouse, 1892, VI, 157. — **Sutugin**. Zur Frage über innere Blutung während der Schwangerschaft. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIV, Hft 2, p. 286. — **Wilson**. Erysipelas appearing in the course of puerperal pyemia. *Med. News*, Philad. 1892, LX, 241.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Abel**. Hydrastinin bei Gebarmutterblutungen. *Berl. klin. Wchschr*, 1892, XXIX, 47. — **Arnaud**. Traitement préventif de l'éclampsie puerpérale par le chloral longtemps

continué. *Gaz. d. hôp.*, Paris, 1892, LXV, 219. — **Davis**. The preventive treatment of mastitis. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXV, 473. — **Döderlin**. Die Behandlung der Blutungen bei Abortus, Placenta prævia und Atonia uteri post-partum. *Munch. med. Wchschr.*, 1892, XXXIX, 339. — **Fritsch**. Die Antiseptik in der Geburtschilfe. *Intern. klin. Rundschau*, Wien, 1892, VI, 699. — **Fritsch**. Zur Behandlung frischer puerperaler Exsudate. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 77. — **Frommel**. Zur Prophylaxe der Wochenbettserkrankungen. *Deutsche med. Wchschr*, Leipz., 1892, XVIII, 202. — **Hoffmann**. Ueber Umgehung der künstlichen Frühgeburt durch diätetische Maassnahmen während der beiden letzten Schwangerschaftsmonate. *Therap. Monat.*' Berl., 1892, VI, 74. — **Levin**. *Hygiene u. Diätetik d. Wochenbettes*, Berlin, 1892. — **Rivière**. De quelques indications des inhalations d'oxygène en obstétrique. *Gaz. hebdom. d. sc. méd. de Bordeaux*, 1892. XIII, 109. — **Rulison**. The use chloroform in labour. *Tr. N. York M. Ass.*, 1891, VIII, 28. — **Seymour**. Asepsis and antisepsis in obstetrical practice. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXV, 355. — **Silvestre**. *Les injections intra-utérines et les accidents provoqués par leur emploi en obstétrique ; étude clinique.* Paris, 1892. — **Weiss**. *Das Curettement bei Endometritis puerperalis mit besonderer Berucksichtigung der Endometritis putrida sub partu. Ein Beitrag zur Frage der Localbehandlung der Puerperal-Fiebers.* Wien, 1892.

VARIA. — **Barker**. Does organic disease of the heart preclude the use of chloroform in parturition? *North Car. M. J.*, Wilmington, 1892, XXIX, 313. — **Ferdy**. *Die Mittel zur Verhütung der Conception*, Neuwied, 1892. — **Fullerton**. The effect of trachelorrhaphy upon parturition. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 305. — **His**. Offene Fragen der pathologischen Embryologie. *Intern. Beitr. z. Wissensch. Med.*, Festrchr., R. Virchow, Berl., 1891, I, 177. — **Müller**. Geburtshülfliche Erfahrungen aus der Landpraxis. *Munchen, med. Wochschr.*, 1892, XXXIX, 183. — **Schauta**, *Grundriss d. operativen Geburtshilfe,* 2 Aufl., Wien, 1892. — **Schiler**. *Endocarditis verrucosa nach Abortus.* Diss., Tübingen, 1892. — **Wiedow**. Das deforme Becken ein Degenerationszeichen. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1891, Leipz., 1892, IV, 220. — **Zweifel**. *Lehrbuch d. Geburtshülfe*, 3 Aufl. Stuttgart, 1892.

BIBLIOGRAPHIE

De l'accouchement spontané chez les femmes à bassin coxalgique, par le Dr F. Bruneau. Thèse de Paris, 1892.

1° La coxalgie laisse sur le bassin des traces de son passage, traces qu'il est important de connaître pour le pronostic de l'accouchement. Les lésions sont subordonnées à la forme de la coxalgie, à l'âge auquel est survenue l'affection, à l'intensité du processus, aux complications, au traitement.

2° Le plus souvent, quand la lésion est simple, c'est-à-dire quand on se trouve en présence d'un bassin vicié par la coxalgie, sans synostose sacro-iliaque ou sans viciation surajoutée (rachitisme, etc...) aucun obstacle ne se produit dans l'accouchement qui se fait alors comme dans les bassins normaux.

3° La grossesse est rarement influencée par le processus morbide.

4° Le pronostic est le plus souvent bénin pour la mère et l'enfant.

5° Pour arriver à formuler un pronostic exact, il est essentiel d'examiner chaque parturiente qui a été atteinte de coxalgie, par le toucher manuel pratiqué dans l'anesthésie et de se rendre compte de la situation générale du bassin, de sa forme, de sa déviation, de ses dimensions, de l'étendue du diamètre bi-ischiatique et de la longueur du diamètre promonto-sous-pubien.

6° Les interventions forment la minorité des cas. Elles sont variées et sont subordonnées à la multiplicité des lésions et à l'âge de la grossesse.

Il microorganismo della nitrificazione e l'osteomalacia. M. Petrone.

Frammenti di ostetricia. F. La Torre.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

④# ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA TOXICITÉ DU SÉRUM SANGUIN CHEZ LES FEMMES ATTEINTES D'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Par **Tarnier**, professeur de clinique obstétricale à Paris,
et **Chambrelent**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

L'éclampsie puerpérale est généralement considérée comme une maladie résultant d'une auto-intoxication, et les belles recherches du professeur Bouchard ont aujourd'hui montré qu'il y a dans cette maladie une diminution très sensible de la toxicité urinaire ; on en a conclu que les produits toxiques non éliminés par les reins devaient s'accumuler dans l'organisme, et contribuer à produire les phénomènes convulsifs caractéristiques de la maladie, en agissant très probablement sur le système nerveux par l'intermédiaire du sang, puisque celui-ci est le réceptacle de tous les poisons fabriqués dans l'organisme. Il était donc intéressant, pour confirmer la théorie de l'auto-intoxication éclamptique, de rechercher directement la présence de poisons convulsifs dans le sang des femmes atteintes d'accidents éclamptiques.

C'est dans ce but que nous avons institué à la Clinique d'accouchements de Paris, une série d'expériences destinées à déterminer la toxicité du sang des diverses éclamptiques

que nous avons eu occasion d'observer, et à comparer la toxicité de ce sang à celle du sang normal.

On sait en effet que le sang normal est lui-même toxique, et les expériences de Rummo (1) ont fixé d'une manière bien nette la toxicité du sérum sanguin recueilli pendant l'état physiologique. L'évaluation de cette toxicité est fournie par la dose de sérum nécessaire pour amener la mort de l'unité de poids d'un animal d'une espèce déterminée; or cette dose est de 10 centim. cubes, pour le lapin, par kilogramme d'animal.

Partant de ces données, nous avons recherché quelle était la dose de sérum du sang de nos éclamptiques nécessaire pour amener la mort de *un* kilogramme de lapin.

Le manuel opératoire que nous avons suivi, sur les conseils du professeur Richet, qui a bien voulu nous laisser faire dans son laboratoire nos deux premières expériences, est le suivant :

Le sang de la malade était recueilli directement et aussi aseptiquement que possible, soit par la saignée, soit par l'application de ventouses scarifiées ; il était introduit dans un récipient bouché à la ouate, et laissé au repos pendant 24 heures à la température ordinaire du laboratoire, de façon à obtenir la formation du caillot et la séparation du sérum.

Ce sérum était alors puisé à l'aide d'une seringue graduée, puis injecté directement et à dose variable dans la veine auriculaire d'une série de lapins. L'injection était poussée très lentement, trente secondes environ par centim. cube ; c'est là une précaution qui nous a paru indispensable, et sans laquelle on pourrait s'exposer à des erreurs graves d'interprétation.

OBSERVATION I. — Femme primipare, enceinte de huit mois et demi, amenée à la Clinique obstétricale de M. le professeur Tarnier, le 1er février 1892, à dix heures du matin.

Cette femme a déjà eu deux attaques d'éclampsie en ville.

---

(1) RUMMO. *Riforma medica*, 1889.

Dès son arrivée à la Clinique, elle est soumise aux inhalations de chloroforme et à la médication chloralée.

Nouvelle attaque à deux heures de l'après-midi devant le personnel de la Clinique, ce qui permet de constater qu'il s'agit bien là d'attaques d'éclampsie.

A quatre heures de l'après-midi, c'est-à-dire deux heures après la dernière attaque, saignée de 300 grammes.

Le sang est recueilli dans un vase stérilisé et laissé au repos jusqu'au lendemain matin. Le sérum est alors complètement séparé.

Expériences. — Ce sérum est injecté dans la veine auriculaire d'une série de lapins.

α) Un premier lapin du poids de 2850 grammes, reçoit 14 cent. cubes, soit 5 cent. cubes par kilogr. Ce lapin succombe dix minutes après l'injection en présentant des convulsions.

β) Un deuxième lapin, pesant 2110 grammes, reçoit 9 cent. cubes de ce même sérum, soit 4 c. c. 3 par kilogramme.

Au bout d'un quart d'heure, la respiration devient haletante, l'animal se couche sur le flanc, puis au bout de 25 minutes surviennent des convulsions et l'animal succombe.

γ) Un troisième lapin, pesant 1500 grammes, reçoit 5 cent. cubes de ce même sérum, soit 3 c. c. 3 par kilogramme.

L'animal paraît malade après l'injection, mais il ne tarde pas à se remettre, et les jours suivants il est en parfaite santé.

Nous pouvons donc estimer que la toxicité du sérum expérimenté dans ce cas, est comprise entre 3 c. c. 3, dose insuffisante pour amener la mort de 1 kilogramme du lapin, et 4 c. c. 3, dose à laquelle 1 kilogramme d'animal a succombé.

Il était intéressant de rechercher quel était au même moment la toxicité urinaire de la malade qui fait le sujet de cette observation.

Voici ce que l'expérience nous a donné à ce sujet.

Pendant les 24 heures qui ont suivi son entrée à l'hôpital, la malade a seulement rendu 450 c. c. d'urine.

Cette urine injectée à la veine auriculaire du lapin, a amené la mort de l'animal, à raison de 40 cent. cubes par kilogramme. Le poids de cette femme étant de 62 kilogrammes, nous avons pour coefficient d'urotoxie calculé d'après la méthode de Bouchard, 0,18.

Ce coefficient d'urotoxie est, comme on le voit, bien au-dessous

de la moyenne 0,46, et, fait intéressant à signaler, il serait à cette moyenne physiologique dans un rapport inverse à celui que nous avons trouvé pour la toxicité du sérum sanguin de cette femme, comparé à celui de l'état physiologique, si nous admettons le chiffre de 10 cent. cubes donné par Rummo. En un mot, l'augmentation de la toxicité du sang de notre malade est proportionnelle à la diminution de la toxicité urinaire.

Pour compléter cette observation, nous devons ajouter que cette femme, qui n'a plus eu de nouvel accès d'éclampsie, est accouchée spontanément le lendemain d'un enfant *mort;* un léger degré de macération indiquait que la mort de cet enfant devait remonter à peu près à la veille.

Les suites de couches ont été normales, et la malade a pu, au bout de douze jours, quitter le service parfaitement remise.

Observation II. — Femme primipare, enceinte de huit mois et demi ; entrée à la Clinique obstétricale de M. le professeur Tarnier, le 4 février 1892, à dix heures et demie du soir.

Cette femme très albuminurique a eu deux attaques d'éclampsie dans la journée. Elle est, à son arrivée à l'hôpital, dans un état demi-comateux.

Elle est soumise à la médication chloralée. Il n'y a pas de début de travail.

L'auscultation permet de reconnaître que l'enfant est vivant.

Le lendemain de son arrivée à l'hôpital la malade n'a pas eu de nouvelles attaques, mais cependant l'état demi-comateux persiste.

Teinte subictérique. On pratique une saignée de 300 grammes.

Expériences. — Le sérum recueilli aseptiquement est injecté au bout de 24 heures à deux lapins.

α) Le premier lapin, pesant 1580 gr., reçoit dans la veine auriculaire 10 cent. cubes de sérum, soit 6 c. c. 3 par kilogr.

Il succombe au bout d'une demi-heure après avoir présenté des convulsions.

β) Le deuxième lapin, pesant 1440 gr. reçoit 5 cent. cubes de ce même sérum, soit 3 c. c. 4 par kilogr., cet animal succombe au bout de quelques heures.

Nos deux animaux étant morts, nous n'avons pas ici, comme

dans l'expérience précédente, de limite minima de la toxicité du sérum de cette éclamptique, mais nous pouvons dire que la toxicité du sérum sanguin chez cette malade était supérieure à 3 c. c. 4 par kilogr., c'est-à-dire bien au-dessus de la toxicité physiologique, et supérieure aussi à la toxicité du sérum de l'éclamptique précédente, bien que cette dernière ait eu un plus grand nombre d'attaques.

Dans ce cas encore nous avons voulu rechercher quelle était au même moment la toxicité urinaire, et nous avons injecté l'urine des 24 heures dans l'appareil circulatoire d'un lapin ; nous avons pu ainsi établir un coefficient d'urotoxie égal seulement à 0,11, coefficient comme on le voit bien inférieur au coefficient physiologique que nous rappelons être de 0,46. Inférieur aussi à celui que nous avions trouvé pour la malade qui fait le sujet de la précédente observation.

De sorte qu'encore ici nous avons la démonstration du rapport inverse qui existe entre la toxicité du sérum sanguin et la toxicité urinaire chez les éclamptiques.

Pour compléter cette observation nous devons ajouter que la malade est accouchée deux jours après son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le lendemain du jour où nous avons expérimenté sur le sang.

L'enfant était *vivant*, c'est aussi là un point intéressant à noter, car on se rappelle que dans l'observation précédente, où cependant la toxicité du sérum était moindre, l'enfant était né mort et macéré.

Les suites de couches ont d'ailleurs été régulières et la malade a pu quitter la clinique parfaitement rétablie, au bout d'une quinzaine de jours.

Observation III. — Femme primipare, arrivée au terme de sa grossesse, entrée dans le service d'accouchements de M. le Dr Bar, à l'hôpital St-Louis, le 24 juin 1892, à cinq heures du matin.

Cette femme a été prise chez elle d'une première attaque d'éclampsie le 24 juin à une heure du matin.

Cette attaque a été suivie de huit nouveaux accès jusqu'au moment où on l'a amenée à l'hôpital.

A son arrivée à l'hôpital on constate de l'anasarque généralisée et la présence de l'albumine dans l'urine, 0,75 c. c. par litre.

La malade est dans un état demi-comateux. Elle boit facilement. Enfant vivant. Elle a six nouveaux accès depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à 3 heures de l'après-midi. A ce moment on pratique une saignée de 500 grammes.

Expériences. — Le sérum est inoculé le lendemain à une série de trois lapins.

α) Un lapin du poids de 1750 grammes reçoit le 25 juin à 3 heures de l'après-midi, c'est-à-dire vingt-quatre heures après la saignée, 10 cent. cubes de sérum, soit environ 6 cent. cubes par kilogramme.

L'animal ne tarde pas à ce coucher sur le flanc, puis il est pris de convulsions et succombe une demi-heure après le début de l'expérience.

β) Un lapin du poids de 1900 grammes reçoit à 3 heures de l'après-midi, le même jour, 8 cent. cubes de sérum, soit 4 c. c. 2 par kilogramme. L'animal présente bientôt des phénomènes analogues au précédent, mais après un temps plus long, et il succombe au bout de 3 heures.

γ) Un lapin du poids de 2270 grammes reçoit à 3 heures et demie de l'après-midi, le même jour, 8 cent. cubes de sérum, soit 3 c. c. 5 par kilogramme. L'animal succombe dans la nuit.

On voit donc que dans ce cas encore la toxicité du sang était bien supérieure à la toxicité physiologique, puisqu'elle était supérieure à 3 c. c. 5 par kilogramme.

Après la saignée de la malade il n'y a pas eu de nouvel accès, mais la malade est restée dans le coma et a succombé le lendemain matin à 8 heures.

Nous devons ajouter que l'accouchement avait eu lieu le 24 juin à 4 heures de l'après-midi. L'enfant dont les battements du cœur avaient été bons jusqu'à trois heures, parut souffrir à partir de ce moment.

On fait une application de forceps. Enfant en état de mort apparente, mais qui est bientôt ranimé. Il pèse 3800 gr.

Dans cette observation, on voit encore combien la toxicité du sérum sanguin était supérieure à l'état physiologique.

Cette toxicité nous avait même permis de porter un pronostic très réservé, malgré les signes cliniques qui ne paraissaient pas indiquer une éclampsie très grave.

Observation IV. — Femme primipare arrivée au terme de sa grossesse, entrée dans le service d'accouchements de M. le Dr Bar, à l'hôpital Saint-Louis, le 14 juillet 1892, à 6 heures du matin.

Cette femme, âgée de 36 ans, a eu une grossesse normale jusqu'à ces derniers jours. Il y a huit jours elle a été prise d'un œdème des membres inférieurs, de douleurs de tête s'accompagnant de vertiges et de bourdonnements d'oreille.

Il existe une assez grande quantité d'albumine dans l'urine.

Le travail marche régulièrement et sans accidents. L'auscultation permet de constater que l'enfant est vivant.

A 4 heures de l'après-midi, dilatation complète. A partir de ce moment les battements du cœur fœtal se ralentissent.

A 6 heures du soir les battements disparaissent complètement, on fait alors une application de forceps.

L'enfant ne peut être ranimé. Il pèse seulement 2750 grammes.

Il y a des traces d'hémorrhagie récentes au niveau du placenta, ce qui paraît expliquer la mort de l'enfant.

Après l'accouchement, la malade paraît tranquille et s'endort.

A 11 heures du soir le même jour, elle se réveille en poussant un cri et est prise aussitôt d'une attaque d'éclampsie.

L'interne du service prévenu aussitôt fait une saignée de 450 grammes.

Il n'y a pas de nouvelles attaques, les suites de couches sont régulières.

Expériences. — Le sérum est injecté le surlendemain 16 juillet, c'est-à-dire 36 heures après la saignée, à une série de lapins.

α) Un lapin du poids de 2100 grammes reçoit 10 cent. cubes de ce sérum, soit un peu moins de 5 cent. cubes par kilogramme. L'animal est bientôt pris de phénomènes de paralysie et succombe environ une heure après l'injection.

β) Un lapin de 1820 grammes reçoit 7 cent. cubes de ce même sérum, soit un peu moins de 4 cent. cubes par kilogramme. L'animal ne tarde pas à présenter les mêmes phénomènes que le précédent, et succombe un quart d'heure après le premier.

γ) Un lapin pesant 1710 grammes, reçoit 5 cent. cubes du même

sérum, soit un peu moins de 3 cent. cubes par kilogramme, il présente aussi quelques phénomènes de parésie, mais ne tarde pas à se remettre complètement.

Dans cette observation, la toxicité du sérum était donc comprise entre 3 et 4 cent. cubes.

Cette observation présente cela d'intéressant à noter, c'est que la malade qui en fait le sujet n'avait absorbé aucun médicament au moment où la saignée a été pratiquée. Elle réfute donc complètement l'objection qui aurait pu être faite à nos expériences précédentes, relativement à l'influence que pourrait avoir la médication sur la toxicité du sang expérimenté.

OBSERVATION V. — Femme primipare, âgée de 22 ans, enceinte de 7 mois et demi.

Le 11 juillet le Dr Bar, à l'obligeance duquel nous devons cette observation, est appelé auprès d'elle pour des attaques d'éclampsie dont elle vient d'être atteinte.

A son arrivée auprès d'elle cette dame a déjà eu sept attaques d'éclampsie.

Elle est dans un état comateux très prononcé. La température axillaire est de 38°. Urines contenant de l'albumine en grande quantité.

L'auscultation de l'abdomen ne permet pas de percevoir les battements du cœur du fœtus.

Le Dr Bar pratique une saignée dont il nous envoie le sang qui nous permet de faire le lendemain les expériences suivantes :

EXPÉRIENCES. — 1re série :

Le sérum est inoculé à une série de trois lapins.

α) Un premier lapin pesant 2130 grammes reçoit, le 12 juillet à 5 h. 25 du soir, 10 cent. cubes de sérum.

L'animal présente bientôt de l'essoufflement, puis des phénomènes de paralysie et succombe à 6 h. 45, c'est-à-dire environ une heure après l'injection.

β) Un deuxième lapin pesant 1950 grammes reçoit à 6 heures du soir le même jour 8 cent. cubes de ce même sérum, soit environ 4 cent. cubes par kilogr. L'animal meurt à 7 heures 10 du soir.

γ) Un troisième lapin pesant 1740 grammes reçoit 5 c. c. 2 de ce

même sérum, soit 3 cent. cubes par kilogramme. L'animal présente de l'oppression, puis quelques phénomènes de paralysie. Mais au bout de quelques heures il se remet complètement ; et les jours suivants il reste en parfaite santé.

La toxicité du sérum de cette éclamptique est donc comprise entre 3 cent. cubes, dose à laquelle 1 kilogr. de lapin a résisté, et 4 cent. cubes, dose qui a amené la mort de 1 kilogr. de lapin.

La malade continue à avoir des attaques après la saignée, mais elles sont cependant moins rapprochées qu'auparavant.

Le 12 juillet la température se maintient à 38°. La malade urine peu et l'urine est toujours albumineuse. Elle peut cependant absorber une certaine quantité de lait.

Le lendemain, 13 juillet, même état. La malade a eu une nouvelle attaque d'éclampsie. Le travail se déclare mais marche lentement. Pour l'activer on introduit un ballon Champetier, et la malade accouche le lendemain 14 juillet à 6 h. 1/2 du matin. L'enfant est mort et présente un léger degré de macération.

Pendant l'accouchement la malade a présenté quelques phénomènes convulsifs, mais pas d'attaques proprement dites.

Mais une demi-heure après l'accouchement survient une nouvelle attaque d'éclampsie, puis deux heures après une autre attaque.

Le Dr Bar pratique alors une *nouvelle saignée* dont il nous fait parvenir le sang. Le sang est laissé en repos pendant vingt-quatre heures et nous pouvons ainsi en séparer le sérum.

Le sérum provenant de cette seconde saignée est inoculé à une nouvelle série de lapins.

Expériences. — 2e série :

α) Le 15 juillet, à 6 h. 20 du soir, un lapin de 1920 gr. reçoit 10 c. c. de sérum, soit un peu plus de 5 c. c. par kilogr. L'animal résiste à cette injection.

β) Le 15 juillet, à 6 h 1/2 du soir, un lapin de 1970 gr. reçoit 8 c. c. de ce même sérum, soit 4 c. c. par kilogramme ; comme le précédent ce lapin résiste à l'injection, et le lendemain il est en parfaite santé.

γ) Le 16 juillet, à 9 heures du matin, un lapin de 1990 gr. reçoit 12 c. c. de ce même sérum, soit 6 c. c. par kilogramme. Après l'injection l'animal présente une grande oppression. Puis des symptômes de paralysie ne tardent pas à se montrer. A 10 heures du matin, c'est-à-dire une heure après l'injection, l'animal étendu sur

ses quatre membres paraît complètement paralysé. Bientôt après surviennent des convulsions cloniques puis l'animal succombe.

δ) Le 16 juillet, à 9 heures 35 du matin, un quatrième lapin pesant 1900 gr. reçoit 14 c. c. de ce même sérum, soit un peu plus de 7 c. c. par kilogramme. Comme le précédent, mais beaucoup plus rapidement, l'animal présente des phénomènes de paralysie, puis des convulsions cloniques et succombe moins d'une heure après l'injection.

Il résulte donc de cette seconde série d'expériences que la toxicité du sérum provenant de la seconde saignée doit être considérée comme comprise entre 5 et 6 c. c.

C'est, comme on le voit, une toxicité sensiblement moindre que celle du sérum provenant de la première saignée.

Cette diminution manifeste de la toxicité du sérum à trois jours d'intervalle sembla nous permettre de porter un pronostic favorable que confirma l'observation clinique. En effet, après cette seconde saignée, la malade n'eut plus d'attaques d'éclampsie.

La fonction urinaire se rétablit en partie et le 17 juillet la quantité d'urine émise dans les 24 heures atteignait 1500 gr. La malade prenant 3 litres de lait dans les 24 heures.

Les jours suivants l'amélioration se maintient et la malade fut complètement rétablie au bout d'une quinzaine de jours.

Le point qui nous paraît intéressant à noter dans cette observation est la diminution manifeste de la toxicité du sérum dans l'intervalle des deux saignées, bien que les attaques d'éclampsie aient persisté dans cet intervalle, et la coexistence de cette diminution de la toxicité avec une amélioration de l'état général de la malade.

Observation VI. — Femme secondipare, entrée à la Clinique obstétricale de Bordeaux, service de M. le professeur Moussons, le 28 juillet 1892.

Cette femme qui a déjà eu une première grossesse normale en 1889, ne présente à son arrivée à la Clinique, aucun phénomène morbide.

Trois jours après son entrée à la Clinique, elle est subitement prise d'un accès d'éclampsie. L'urine, examinée avec soin à ce moment ne présente pas de *traces d'albumine.*

Enfant vivant. Pas de travail.

Deux heures après son accès d'éclampsie qui a été unique, on pratique une saignée de 350 grammes.

EXPÉRIENCES. — Le sérum provenant de cette saignée est injecté à une série de lapins.

α) Un lapin pesant 1270 grammes reçoit 7 c. c. de sérum, soit environ 6 c. c. par kilogramme. L'animal présente d'abord de l'oppression, puis au bout d'une heure des phénomènes de paralysie, puis des convulsions cloniques et l'animal succombe une heure et demie après l'injection.

β) Un deuxième lapin pesant 1150 grammes, reçoit 4 cent. cubes de ce même sérum, soit un peu moins de 4 c. c. par kilogramme. L'animal présente quelques phénomènes de parésie, mais ne tarde pas à se remettre complètement.

γ) Un troisième lapin pesant 1500 grammes, reçoit 7 c. c. de ce même sérum, soit 4 c. c. 6 environ par kilogramme. Comme le précédent, l'animal résiste à cette injection.

La toxicité du sérum de cette éclamptique paraît donc devoir être comprise entre 4 c. c. et 6 cent. cubes. Quoique bien supérieure à la toxicité physiologique du sérum sanguin, cette toxicité est cependant moindre que celle que nous avons observée dans les autres cas d'éclampsie, dont les symptômes cliniques étaient aussi beaucoup plus graves.

La malade est accouchée deux jours après d'un enfant vivant. Les suites de couches ont été normales, et cette femme ainsi que son enfant ont pu quitter la Clinique au bout d'une dizaine de jours en parfait état.

CONCLUSIONS

De cette série de six cas d'éclampsie puerpérale bien observés, et ayant fourni matière à une vingtaine d'expériences, nous croyons pouvoir conclure que la toxicité du sérum sanguin est considérablement augmentée dans cette affection, ainsi que l'avait du reste déjà montré Rummo (1).

Dans les cas où nous avons pu expérimenter la toxicité urinaire des malades, nous avons constaté que cette toxicité

(1) RUMMO. *Riforma medica*, 1889.

urinaire était directement en raison inverse de la toxicité du sérum sanguin.

L'augmentation de la toxicité du sérum des éclamptiques ne saurait être attribuée aux médicaments absorbés par les malades, puisque dans deux de nos observations, n[os] 3 et 6, les femmes qui en font le sujet n'avaient encore été soumises à aucune médication au moment où la saignée a été pratiquée.

Le degré de toxicité du sérum paraît être en raison directe de la gravité de la maladie et pouvoir ainsi servir utilement à fixer le pronostic de l'affection.

Enfin, dans certains cas où le diagnostic d'éclampsie pourrait paraître douteux, la recherche de la toxicité du sérum pourrait peut-être permettre de le préciser.

ÉTUDE SUR LE PASSAGE DU SULFATE DE QUININE DANS LE LAIT, ET SON INFLUENCE SUR LA SANTÉ DES NOURRISSONS

Par le D[r] **M. Oui**, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux.

En 1877, Burdel, de Vierzon, publiait dans les *Annales de gynécologie* une étude fort intéressante sur le passage dans le lait, du sulfate de quinine administré aux nourrices, et sur les effets produits par ce lait sur la santé des nourrissons.

S'appuyant sur les travaux récents de Lewald, qui avait retrouvé dans le lait, le sulfate de quinine, et proposait même de le donner aux nourrices pour traiter le paludisme chez les nourrissons, Burdel considérait le problème comme résolu, et ne s'occupait plus que des effets que pouvait produire chez les nouveau-nés, le lait quinisé.

Sur ce point important, les observations du médecin de Vierzon étaient loin d'être concluantes.

L'administration, aux nourrices d'enfants impaludés, de doses variables de sulfate de quinine n'avait, dans la plupart des cas, produit aucun résultat favorable.

L'action du lait quinisé sur les enfants en bonne santé avait été absolument variable.

Sur les 67 enfants observés, Burdel comptait :

5 enfants morts;

17 enfants qui, après avoir été plus ou moins malades, avaient cependant guéri ;

45 enfants ayant conservé une santé parfaite.

Les enfants qui avaient succombé étaient âgés de 7 à 15 jours. Leurs mères étaient atteintes :

1° 24 de fièvre puerpérale grave ;

2° 1 de cachexie palustre ;

3° 2 de névralgies avec fièvre intermittente.

Au total, les enfants tetant une nourrice ayant absorbé du sulfate de quinine donnaient une morbidité générale de 34 0/0, et leur mortalité atteignait le chiffre de 7,7 0/0.

Cette proportion est véritablement colossale, et il est difficile d'attribuer au sulfate de quinine un effet aussi nuisible, pour peu qu'on ait eu à l'employer fréquemment dans les conditions indiquées par Burdel.

Il existe, d'ailleurs, dans ce travail. des contradictions qui démontrent suffisamment qu'il faut tenir compte d'éléments d'un autre ordre.

Tout d'abord, Burdel constate que les effets du sulfate de quinine ont été extrêmement variables. Les nourrices ont pu, dans certains cas, absorber, sans que la santé de leur nourrisson fût altérée, des doses considérables de ce médicament. Dans d'autres cas, au contraire, des doses très modérées ont semblé produire des accidents graves chez les nourrissons.

Pour Burdel, cette différence dans les résultats tient à deux éléments, qu'il considère, avec raison, comme fort importants.

D'abord, à l'état de santé de la nourrice. Les accidents auraient été plus fréquents quand les nourrices étaient atteintes de fièvre puerpérale grave, ou d'accès palustres pernicieux.

Ensuite, aux conditions dans lesquelles la quinine a été

administrée. Le lait quinisé aurait eu une action plus défavorable, la quinine ayant été administrée à jeun. Les accidents, au contraire, auraient été moins nombreux quand la quinine avait été administrée au moment des repas. Ces faits s'expliqueraient par l'absorption plus rapide du médicament administré par la voie stomacale, en dehors de la période de digestion. Puis, comme s'il tenait à donner lui-même un démenti à cette dernière explication, l'auteur nous fait remarquer que l'administration à la nourrice du sulfate de quinine par la voie hypodermique n'a jamais eu, à sa connaissance, d'influence fâcheuse sur l'enfant.

L'absence totale d'observations précises, dans un travail de cette importance, ne pouvait passer inaperçue, et, la même année, dans les *Annales de gynécologie*, le docteur Saint-Vel protestait énergiquement contre les affirmations de Burdel. Il déclarait n'avoir jamais observé d'accidents dus au lait quinisé, et attribuait la cause véritable de l'énorme mortalité infantile constatée par Burdel, non pas à l'intoxication par le sulfate de quinine, mais bien plutôt à l'état de maladie des mères, ou à l'influence du milieu palustre dans lequel son confrère s'était trouvé placé.

La protestation du Dr Saint-Vel, basée d'ailleurs, il faut le reconnaître, sur de simples affirmations, n'eut pas d'écho. Bien que déjà, avant Burdel, Lediberder se fût occupé de la question, et n'eût jamais observé d'accidents dus au sulfate de quinine, les opinions du médecin de Vierzon prédominèrent, et, dans leur Traité de l'art des accouchements, MM. Tarnier et Budin les acceptèrent, et conseillèrent comme lui, les précautions suivantes :

1° Donner de préférence la quinine au moment des repas, l'absorption étant alors moins rapide et la quinine passant moins vite dans le lait ;

2° Vider artificiellement le sein de la mère trois heures environ après l'absorption du médicament. De la sorte l'enfant ne prend pas le lait qui, étant le plus chargé de sulfate de quinine, se trouve être le plus dangereux.

« Toujours est-il, disent en terminant MM. Tarnier et Budin, que les médecins ne doivent pas oublier les risques que l'on fait courir à l'enfant quand on donne du sulfate de quinine à la mère pendant l'allaitement. »

J'avais eu l'occasion, il y a déjà plusieurs années, d'observer dans un milieu palustre, de nombreux cas de fièvre intermittente pendant les suites de couches, et l'administration du sulfate de quinine aux nourrices ne m'avait pas semblé, d'une façon générale, avoir d'effet nuisible sur la santé des nourrissons.

Je n'avais pu, à ce moment, pousser plus loin mes observations ; mais, pensant que les opinions de Burdel étaient au moins exagérées, j'ai voulu, cette année, en contrôler l'exactitude aussi rigoureusement que possible.

Au service de la clinique d'accouchements, le sulfate de quinine est libéralement distribué aux femmes, à la moindre élévation de température. J'ai donc pu, dans un laps de temps relativement court, observer un nombre de cas suffisant pour me faire une conviction.

J'ai laissé systématiquement de côté la part d'influence que pouvait avoir sur l'enfant l'état de santé de la mère. Certes, à l'heure actuelle, le passage de nombreux microbes dans le lait est un fait bien prouvé, et on ne saurait mettre en doute l'influence sur les nourrissons des maladies infectieuses qui peuvent atteindre les nourrices. Mais l'organisation même de mon service, ne me permettait pas d'observer des cas graves d'infection palustre ou septique. Les quelques cas de réveil du paludisme que j'ai pu observer ont été peu importants. D'un autre côté, je n'ai eu à traiter que des cas légers, très légers même d'infection septique, tous les cas graves étant évacués immédiatement au service d'isolement, et confiés aux soins de M. le Dr Rivière.

Il m'a donc été impossible, dans ces conditions, d'attribuer une influence sérieuse à la santé de la nourrice, et hors les cas d'insuffisance de la sécrétion lactée chez la mère, ou de faiblesse congénitale de l'enfant. Je me suis, dès le début

de cette étude, promis de reporter au sulfate de quinine la cause de tous les accidents qui pourraient survenir chez les nourrissons.

Deux questions devaient être étudiées :

1° Le sulfate de quinine passe-t-il dans le lait? Dans quelles proportions l'y retrouve-t-on?

2° Le lait contenant du sulfate de quinine est-il réellement nuisible aux enfants ?

Nous avons étudié de la façon suivante la première question :

Chaque fois qu'une femme nourrissant son enfant, a absorbé du sulfate de quinine, le lait a été recueilli, en faisant varier l'intervalle qui s'écoulait entre l'administration du médicament, et le moment où le lait était recueilli.

Le sulfate de quinine a été administré presque toujours à jeun, à des doses variant de 75 centigr. à un gramme, beaucoup plus rarement à la dose de 50 centigr. Dans un certain nombre de cas, le lait n'a été recueilli qu'après une tetée effectuée par l'enfant.

M. le professeur agrégé Denigès a eu l'obligeance de faire lui-même toutes les analyses nécessitées par cette étude. C'est dire que les résultats de ces recherches doivent inspirer la confiance la plus absolue.

En même temps que le lait, les urines ont été recueillies, par le cathétérisme, et analysées également par M. Denigès. Le sulfate de quinine y a toujours été trouvé en quantité très notable.

Dans un seul cas, le sulfate de quinine n'a pas été constaté dans le lait, malgré les recherches les plus minutieuses. Ce lait avait été recueilli deux heures après l'administration de 50 centigr. du sel quinique (feuille n° 1).

Dans toutes les autres analyses, sauf deux qui doivent attirer plus spécialement l'attention, on n'a constaté que des traces douteuses d'alcaloïde (feuille n° 2), ou des quantités non dosables.

Dans un cas, où le lait fut recueilli 2 heures après l'admi-

nistration de 80 centigr. de sulfate de quinine, il ne renfermait que de faibles quantités d'alcaloïde : 2 ou 3 milligr. au plus, pour 100 c. c. de lait (feuille n° 3).

Enfin, dans une observation, je fis recueillir le lait 4 heures après l'absorption de 80 centigr. de sulfate de quinine, l'enfant ayant fait une tetée. Il n'existait pas dans le lait trace d'alcaloïde (feuille n° 4).

Administré à la dose de 75 centigr. à un gramme, le sulfate de quinine se retrouve donc dans le lait, mais en très petite quantité, puisqu'il n'a été possible de le doser qu'une seule fois. Encore n'a-t-on pu le trouver que dans la proportion de 2 à 3 milligr. par 100 cent. cubes. Une seule tetée de l'enfant semble d'ailleurs suffire pour épuiser le lait quinisé. Ces analyses nous amènent donc aux résultats accusés déjà par Lewald; mais nous ne pouvons, comme lui, croire que le sulfate de quinine passe dans le lait en assez grande quantité pour guérir le paludisme chez les enfants.

Le lait chargé de sulfate de quinine a-t-il réellement une action nuisible sur la santé du nouveau-né.

Le meilleur moyen d'apprécier d'une façon exacte l'état de santé du nouveau-né, est indubitablement la balance.

Mais les auteurs qui ont étudié cette question ne sont pas absolument d'accord sur les variations normales du poids de l'enfant après sa naissance, et il nous était ainsi impossible de nous baser sur des données exactes, acceptées par la généralité. Aussi ai-je procédé par comparaison entre des enfants nés et nourris à la clinique, de manière à pouvoir établir une relation entre le développement des enfants ayant teté une nourrice soumise au sulfate de quinine, et ceux dont la nourrice a toujours eu une santé satisfaisante.

Ces deux catégories de nouveau-nés ont été divisées en trois séries, suivant le poids constaté au moment de la naissance, et nous ont donné les résultats suivants :

1re Série. — *Poids initial :* 2,500 à 3,000 *gr.*

A. — La nourrice a absorbé du sulfate de quinine. Le poids initial est reconquis le 5e jour.

A partir du jour où les enfants ont cessé de diminuer, l'augmentation moyenne du poids a été par jour de 53 *gr.*

B. — La nourrice n'a pas pris de sulfate de quinine. Le poids initial est regagné le 6[e] jour.

L'augmentation moyenne du poids est de 50 *gr.*

2[e] Série. — *Poids initial* : 3,000 à 3,500 gr.

A. — La nourrice a pris du sulfate de quinine. Le poids initial est regagné le 5[e] jour, sauf une exception, que nous examinerons plus loin.

L'augmentation moyenne du poids est de 50 gr. par jour.

B. — La nourrice n'a pas pris de sulfate de quinine. Les enfants regagnent leur poids initial en moyenne le 6[e] jour.

Ils croissent en poids de 41 gr. par jour, en moyenne.

3[e] Série. — *Poids initial : plus de* 3,500 *gr.*

A. — La mère a pris du sulfate de quinine. Le poids primitif est regagné en moyenne le 7[e] jour.

L'augmentation moyenne du poids a été de 43 gr. par jour.

B. — La mère n'a pas pris de sulfate de quinine. Les enfants regagnent leur poids initial en moyenne le 5[e] jour.

L'augmentation moyenne du poids a été de 52 grammes par jour.

Si, maintenant, nous réunissons les résultats obtenus, nous trouvons que la moyenne générale d'augmentation du poids a été pour les deux catégories d'enfants exactement la même : 46 grammes par jour.

Le temps moyen nécessaire aux enfants pour regagner leur poids primitif est exactement le même (5 jours 1/2) pour les deux catégories. Je dois ajouter que les observations ont été recueillies pour les enfants de l'une et de l'autre catégorie, à la même époque de l'année, c'est-à-dire dans les mêmes conditions de température et d'hygiène générale.

D'un autre côté, tous les enfants destinés à servir de termes de comparaison, ont été choisis avec soin. Leurs mères étaient bonnes nourrices, et ils étaient tous bien développés. Au contraire, j'ai observé *sans en excepter un*

seul tous les enfants dont les mères ont pris du sulfate de quinine.

Aussi, vais-je maintenant signaler les quelques cas où le développement des nouveau-nés ne s'est pas effectué régulièrement, et montrer les causes véritables de ces irrégularités.

C'est, d'abord, dans un groupe de 4 enfants pesant moins de 2,500 grammes (l'un d'eux ne pesait même que 1,970 gr.), 3 enfants qui sortent sans avoir reconquis leur poids initial; mais ce sont des enfants mal développés, et sur les feuilles de 2 d'entre eux, je trouve la mention suivante : Mère mauvaise nourrice. Insuffisance des tetées. Le 3e avait commencé à augmenter le 6e jour, le 4e avait regagné son poids initial au bout de 5 jours.

C'est, maintenant, dans le groupe des enfants variant entre 3,000 et 3,500 grammes, un enfant sorti le 5e jour, continuant à perdre de son poids. Là aussi, je trouve une note qui suffit pour indiquer la cause de cet état de souffrance : Mère insuffisante comme nourrice. Tetées variant entre 30, 20 et même 10 grammes. Allaitement mixte avec du lait de vache non stérilisé.

En résumé, sur 4 cas où les feuilles de pesées des enfants soumis au lait quinisé ont accusé un accroissement insuffisant ou une déperdition de poids exagérée, je puis dire que 3 fois ce résultat était dû soit à la faiblesse congénitale, soit à l'insuffisance des nourrices, et que, dans le 4e cas, l'excès de déperdition a été peu considérable (250 grammes au lieu de 200 grammes, la moyenne normale).

Les onze autres enfants de cette catégorie ont présenté dans leur développement la même régularité que ceux dont les mères étaient saines, et, il faut remarquer que toutes les femmes soumises au sulfate de quinine, ont pris, en très grande majorité, pendant 4 ou 5 jours, des doses variant entre 0,75 centigr. et 1 gr. 50 dans deux cas.

Enfin, *pas une seule fois* je n'ai observé de symptômes d'intoxication. Il n'y a pas eu un seul cas de diarrhée.

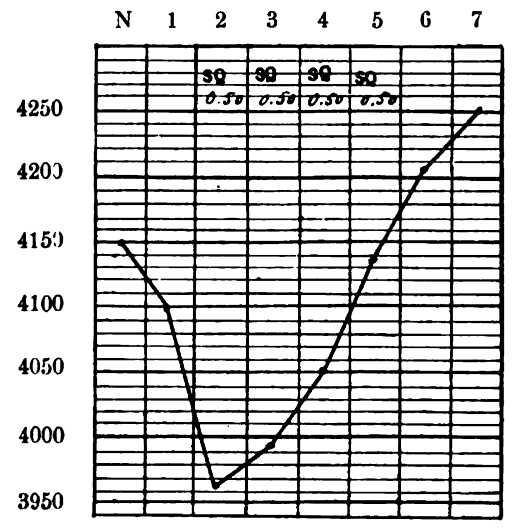
Je crois donc pouvoir conclure que le sulfate de quinine, bien que passant dans le lait, ne s'y retrouve pas en quantité

suffisante pour agir défavorablement sur la santé des nourrissons.

Cette conclusion ne peut s'appliquer d'ailleurs qu'aux cas où ce médicament a été administré à des doses modérées. Mes recherches ne me permettent pas de préciser le danger qui pourrait survenir à la suite de l'administration de doses très considérables.

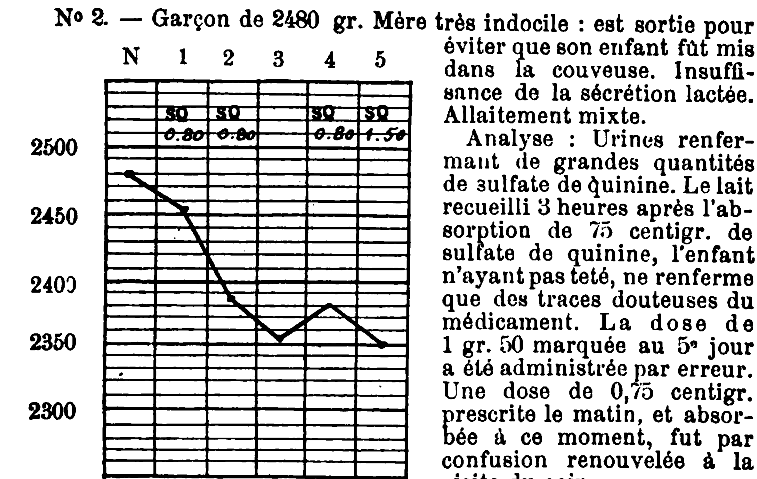
Je n'ai pas la prétention d'avoir élucidé complètement cette question, les maladies graves de la mère et surtout l'insuffisance fonctionnelle des émonctoires, pouvant, dans certains cas, augmenter les chances d'intoxication. Mais je considère comme prouvé que ce serait un grand tort de renoncer, dans la pratique, à employer chez les nourrices un médicament aussi actif et aussi utile que le sulfate de quinine, et de céder à des craintes absolument imaginaires, qui ne sont basées sur aucune observation précise.

N° 1. — Garçon de 4150 gr. La mère est multipare. Bonne nourrice. Septicémie légère. Le sulfate de quinine n'a pas été retrouvé dans le lait recueilli deux heures après l'absorption du médicament.



Les lettres SQ et les chiffres marqués dans les colonnes des différents tableaux indiquent les doses de sulfate de quinine administrées à la nourrice.

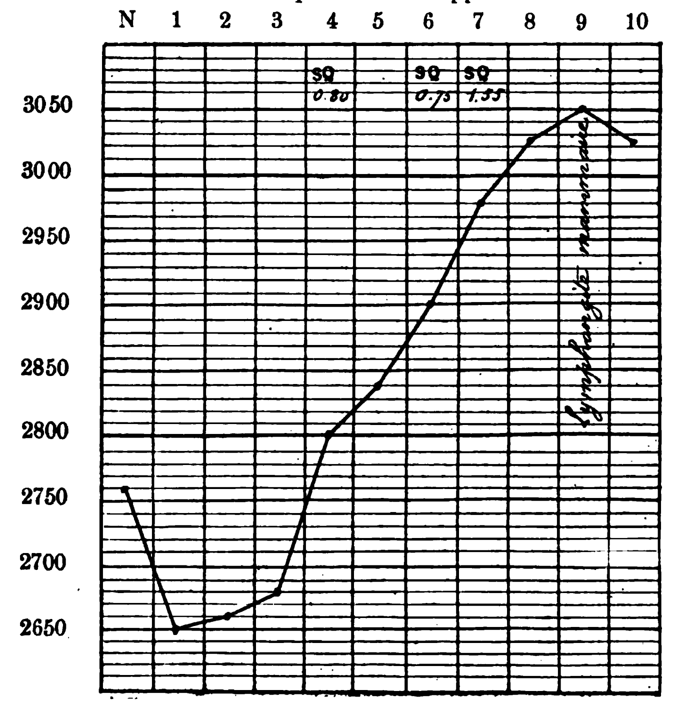
N° 2. — Garçon de 2480 gr. Mère très indocile : est sortie pour

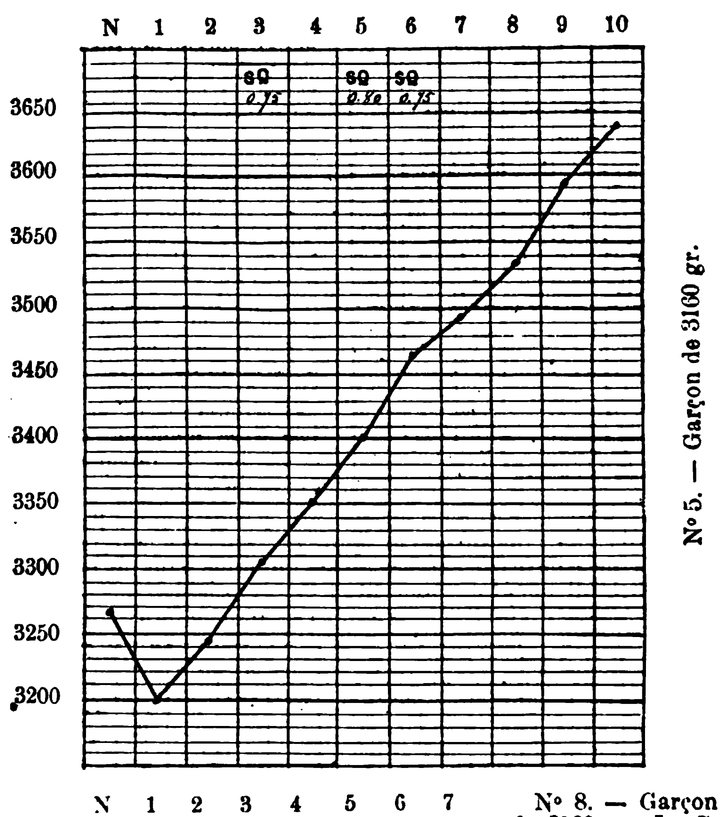


éviter que son enfant fût mis dans la couveuse. Insuffisance de la sécrétion lactée. Allaitement mixte.

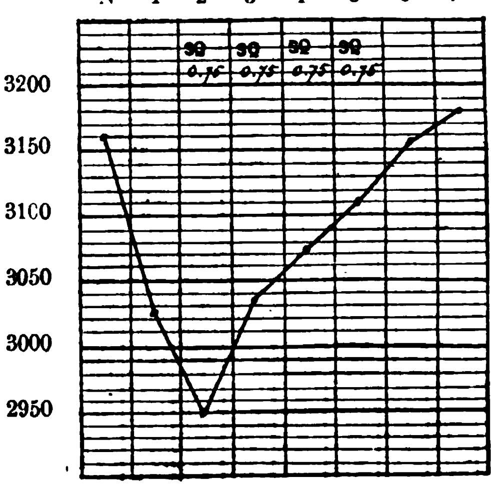
Analyse : Urines renfermant de grandes quantités de sulfate de quinine. Le lait recueilli 3 heures après l'absorption de 75 centigr. de sulfate de quinine, l'enfant n'ayant pas teté, ne renferme que des traces douteuses du médicament. La dose de 1 gr. 50 marquée au 5e jour a été administrée par erreur. Une dose de 0,75 centigr. prescrite le matin, et absorbée à ce moment, fut par confusion renouvelée à la visite du soir.

N° 4. — Fille de 3265 gr. Lait recueilli 4 heures après l'absorption de 80 centigr. de sulfate de quinine, l'enfant ayant fait une tetée. On ne trouve pas traces du sel quinique dans le lait. Les urines en contiennent une quantité très appréciable.





N° 5. — Garçon de 3160 gr.



N° 8. — Garçon de 2760 gr. Le 7e jour, dose de 1 g. 55 donnée par erreur. Lait recueilli 2 h. après l'absorption de 0,80 de sulfate de quinine. Ce lait ne renferme que de très faibles quantités du médicament. De dosages comparatifs faits avec du lait normal additionné de sulfate de quinine, il résulte que le lait examiné ne renferme pas plus de 2 à 3 milligr. de sulfate de quinine par 100 c. c.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES GRANDES NÉVRALGIES PELVIENNES (1)

Par **L.-G. Richelot.**

On a discuté récemment, au Congrès gynécologique de Bruxelles, les suppurations du petit bassin et leur traitement chirurgical. On a parlé, chemin faisant, des affections non suppurées. Mais il y a un point sur lequel on n'a fait aucune digression, sans doute parce qu'il n'était pas en relation étroite avec la question proposée, mais aussi parce qu'il n'est pas de sujet plus délicat et plus dangereux à traiter : je veux parler des névralgies pelviennes.

Le chirurgien qui propose une opération pour combattre les douleurs *sine materiâ* dont souffrent l'utérus et les ovaires, prend une grave responsabilité. Les femmes qui ont ces douleurs ont des organes sains ou peu malades, elles sont souvent jeunes et peuvent avoir des enfants ; de sorte qu'une mutilation n'est justifiée que si elle est absolument nécessaire. Quand la femme a passé un certain âge, il reste encore, pour modérer l'ardeur des chirurgiens entreprenants, la gravité immédiate de l'opération et l'incertitude du résultat thérapeutique.

Il est évident que, si les opérations radicales doivent toujours céder le pas aux moyens conservateurs, tant que ceux-ci n'ont pas démontré leur impuissance, c'est bien en présence des névralgies pures que cette loi trouve sa meilleure application. D'ailleurs, la phrase est toute faite, et il n'est pas de chirurgien qui propose d'extirper un organe avant d'avoir « épuisé toutes les ressources de la thérapeutique ». Le difficile est de s'entendre sur le moment précis où la thérapeutique est épuisée.

Je prie mes collègues de croire que, dans mes observa-

(1) Communication faite à la Société de chirurgie le 2 novembre.

tions, les termes dont je me sers sont exactement pesés et que rien n'est écrit à la légère. Quand je dis que les douleurs sont violentes et continuelles, qu'il y a un état de nervosisme intolérable ou une incapacité de travail absolue, cela ne veut pas dire que la malade peut encore travailler ni qu'elle souffre modérément. Cela veut dire que je l'ai opérée parce que j'ai eu la conviction qu'elle ne pouvait guérir par d'autres moyens. A cette règle de conduite, je n'admets qu'une réserve. Nous sommes souvent mis en demeure de guérir par les voies rapides de pauvres femmes pour qui l'éloignement de leur ménage est un désastre, et qui ne sauraient dire lequel de ces deux maux est le plus funeste, ou la maladie elle-même ou les soins prolongés qu'elle exige. Pour elles, la chaise longue ou le repos au lit, les traitements d'attente, les essais thérapeutiques ne sont pas de mise. Nous sommes donc amenés, à l'hôpital et plus rarement en ville, à proposer des interventions que, plus libres, nous pourrions éviter ou différer de quelques mois. Dans ces conditions, d'où peuvent sortir de grandes imprudences ou de grands bienfaits, c'est à notre bon sens de nous dire de quelles hardiesses notre main est devenue capable, et à notre conscience de nous éclairer sur les entreprises légitimes.

J'ai noté avec soin l'âge des malades, le nombre de leurs enfants et de leurs fausses couches, afin qu'on apprécie dans quelle mesure l'ablation des organes peut être considérée comme un sacrifice.

Enfin, je déclare expressément n'avoir en vue que les névralgies pelviennes, c'est-à-dire les *phénomènes douloureux* graves, permanents, rebelles, qui ont pour siège l'utérus et les ovaires, ne correspondent à aucune lésion définie, et s'accompagnent d'un état névropathique plus ou moins accentué. Je ne sais comment faire, parmi les nerveuses, des catégories nettes et tranchées ; mais mon intention formelle est de laisser de côté l'hystérie vraie, à grandes attaques, sans localisations douloureuses dans le petit bassin.

J'ai eu cependant un beau succès, par la castration ovarienne, chez une femme dont j'ai raconté l'histoire au Congrès de chirurgie (1). Il s'agissait d'un cas vraiment désespéré, sans douleurs pelviennes, avec grandes attaques, tentatives de suicide, etc. Les circonstances m'ayant amené à tenter l'opération, la malade fut absolument transfigurée; elle devint calme, sérieuse, exempte de tout phénomène nerveux, et sa guérison, qui pouvait être considérée comme une rémission trompeuse, ne s'est pas démentie depuis trois ans. Mais un fait pareil est exceptionnel et en désaccord avec beaucoup d'autres faits; j'ai dû l'entourer des réserves les plus formelles, j'ai dû me défendre de vouloir le généraliser tant soit peu, prévoyant les attaques dont il devait être l'objet, et qui d'ailleurs n'ont pas manqué de se produire.

Pour les névralgies, la question n'est plus la même. On aura beau s'étonner qu'un chirurgien enlève des ovaires douloureux tandis qu'il n'ampute pas un bras pour une douleur de l'épaule; on aura beau dire, pour expliquer les succès de l'intervention, qu'avec les nerveuses il faut s'attendre à tout, qu'elles guérissent à propos d'une opération comme à propos de rien, quand on s'occupe d'elles et qu'on les satisfait; pour moi, si une femme a été longuement traitée, si on l'a satisfaite ou martyrisée par tous les moyens sans calmer sa douleur, si, clouée dans son lit avant l'opération, elle voit après celle-ci disparaître son mal, se lève et reprend la vie commune, il m'est bien difficile de ne pas considérer cette transformation comme un résultat positif et un bienfait de la chirurgie.

La question posée en ces termes, il est bien entendu que je veux parler des grandes interventions contre les grandes douleurs: laparotomie ou hystérectomie vaginale.

La première peut rester purement exploratrice, ou mener à la rupture de simples adhérences, à la résection partielle

(1) Congrès français de chirurgie, 5e session, 1891, p. 201.

d'un ovaire, à la castration unilatérale, enfin à l'extirpation double des ovaires et des trompes. De son côté, l'hystérectomie vaginale peut être bornée à l'ablation de l'utérus ou comprendre en même temps les annexes.

Parmi toutes ces façons d'agir, la plus réservée peut vaincre des accidents graves, et la plus radicale manquer son but, tant sont bizarres et capricieux les troubles dont il s'agit. Mais les opérations complètes et rationnelles donnent le plus souvent de bons résultats, et c'est ce que je veux démontrer.

Toutes les batailles se sont livrées jusqu'ici autour de la laparotomie, les uns publiant des faits indéniables de guérison, les autres s'appuyant, pour la condamner, sur des échecs thérapeutiques non moins réels. Or, à mon sens, elle ne mérite ni enthousiasme ni réprobation; les exemples que je vais citer en font foi. On y verra comment elle peut réussir et donner la guérison durable; comment elle peut suspendre un instant et laisser revenir les accidents nerveux, ce que faisaient prévoir les conditions anatomo-physiologiques des organes pelviens; comment enfin l'hystérectomie vaginale, cette nouvelle venue dans la thérapeutique des affections non cancéreuses du petit bassin, peut compléter son œuvre quand elle est restée impuissante, ou fournir d'emblée des résultats supérieurs.

1) J'ai des nouvelles récentes d'une malade opérée à 28 ans, le 22 octobre 1890. Elle avait un enfant de 7 ans et était malade depuis cinq années, avec des pertes blanches, des métrorrhagies répétées, des douleurs violentes, toujours nettement localisées du côté gauche. On ne sentait pas d'annexes volumineuses, mais l'examen éveillait une très vive sensibilité. Par l'incision abdominale, je trouvai à droite un ovaire un peu gros, sans adhérence, et une trompe normale; après ablation, j'arrivai à découvrir dans le tissu ovarien deux ou trois petits kystes insignifiants. A gauche, là où je m'attendais à trouver des lésions positives, rien: petit ovaire sain, trompe saine, si bien que je les replaçai dans l'abdomen. C'était sans doute un scrupule exagéré dans l'espèce, et même une imprudence. Mais je n'eus pas à m'en repentir; la

malade fut guérie instantanément et complètement. Avant de quitter Avignon c'était une impotente, immobilisée à chaque instant et condamnée par tout le monde ; on la croyait morte, quand elle annonça son retour de Paris ; on vint la chercher à la gare avec une voiture, pensant qu'elle ne pouvait marcher, mais elle rentra chez elle d'un pas ferme, à la stupéfaction générale. Ainsi, la castration unilatérale portant sur un ovaire à peu près sain, non sensible, et épargnant l'ovaire douloureux, avait fait disparaître une névralgie rebelle, vieille de cinq ans et sans aucune lésion matérielle.

2) J'ai revu dernièrement une fille de 23 ans, opérée le 10 mars 1891. Fausse couche à 17 ans ; grande nerveuse, longtemps soignée à l'hôpital, ayant des attaques fréquentes et une humeur capricieuse, rendant la vie intolérable à ceux qui l'entouraient, et qu'on n'osait plus laisser sortir. Elle avait une sensibilité ovarienne excessive, prise dans un service de médecine pour une salpingite grave. Laparotomie d'un quart d'heure, ablation d'ovaires sains et mobiles, cessation complète des douleurs et des troubles nerveux. Aujourd'hui, elle est tranquille, elle vit régulièrement, elle travaille et la guérison ne s'est pas démentie.

3) Enfin, j'ai retrouvé le 18 octobre dernier une religieuse de 27 ans dont j'avais perdu la trace après lui avoir enlevé des ovaires sans lésions le 6 mai 1890. Elle souffrait depuis cinq ans d'une névralgie pelvienne qui l'empêchait de marcher et de vaquer à ses ocupations, la tenait au lit la majeure partie de son temps, revenait par crises violentes sans la quitter jamais, et s'accompagnait de métrorrhagies abondantes. J'en avais eu de bonnes nouvelles pendant quelques mois après l'opération ; je sais maintenant qu'elle est toujours guérie et complètement débarrassée de ses douleurs.

Parmi les cas où j'ai moins bien réussi par la voie sus-pubienne, il y en a qui datent d'une époque antérieure aux applications nouvelles de l'hystérectomie vaginale, et d'autres plus récents où j'avais des raisons — j'en aurais encore aujourd'hui — pour choisir l'incision abdominale, c'est-à-dire une opération d'abord exploratrice et qui permet d'éviter les sacrifices inutiles.

4) Une jeune fille de 20 ans m'est amenée par sa mère ; toutes deux sont à bout de patience et préparées à tout. La jeune fille est vierge, elle a des organes parfaitement sains d'apparence ; mais, depuis l'âge de 13 ans, elle a des ménorrhagies prolongées, douloureuses, et ne peut faire aucun travail. « Enlevez-lui la grappe », me dit la mère. Naturellement, je me fais prier ; je la tiens en observation, je fais une dilatation et un curage inutiles ; enfin, à la longue et sur de nouvelles instances, je me décide à intervenir. Naturellement encore, je préfère la laparotomie, par laquelle j'éviterai toute mutilation ou la ferai aussi restreinte que possible. L'incision me conduit sur deux ovaires polykystiques, absolument dégénérés, sans un atome de tissu normal ; je les enlève sans scrupule (26 mars 1891). Les hémorrhagies s'arrêtent, mais la douleur revient au bout de quatre mois et persiste aussi vive, si bien qu'il faut en venir à l'extirpation de l'utérus (14 juin 1892). Aujourd'hui la jeune fille est parfaitement guérie. Donc, le sacrifice était nécessaire, et j'aurais eu avantage à faire immédiatement l'hystérectomie vaginale. Mais il faut avouer que je n'en savais rien ; aucun signe ne me prouvait la dégénérescence des ovaires, et c'était bien le moins, chez une vierge de 20 ans, de ne pas choisir d'emblée le chemin qui conduit à la suppression des fonctions génératrices.

5) Une femme de 35 ans souffre cruellement, et depuis neuf années, au niveau de l'ovaire gauche ; règles fréquentes et extrêmement pénibles. C'est une mère de famille au caractère doux, régulier, docile, n'ayant pas les allures d'une hystérique, néanmoins très hypnotisable ; quand elle souffre trop, elle vient demander à son médecin de l'endormir pour obtenir quelque soulagement. Je ne lui trouve rien d'anormal dans les annexes, l'utérus est à peu près sain. La persistance et l'acuité de la douleur déterminent son médecin et elle-même à recourir à la chirurgie ; la fixité de ce symptôme, toujours à gauche, m'engage à une castration unilatérale, que j'entreprends sans avoir un diagnostic absolu, mais croyant plutôt à un ovaire altéré. Je trouve deux organes d'une intégrité parfaite ; je laisse le droit et j'enlève le gauche, qui est de volume ordinaire, sans adhérences, et dont la coupe nous montre un tissu normal avec le corps jaune de la dernière menstruation. Le confrère qui m'avait amené cette malade était presque confus de m'avoir poussé à une opération qui main-

tenant lui semblait à peine justifiée. Néanmoins, la douleur fut supprimée pendant sept ou huit mois. Malheureusement, les règles venaient encore trop souvent, presque tous les quinze jours, et je me repentais d'avoir épargné l'autre ovaire ; puis la névralgie reparut à son tour, aussi vive et aussi rebelle, ce qui nous conduisit, le 5 décembre 1891, à une hystérectomie vaginale secondaire suivie d'une guérison complète.

6) J'ai traité avec la même réserve, le 10 octobre 1891, une fille de 28 ans, habituée à la morphine et ayant une douleur extrême et permanente au niveau de l'ovaire gauche, mais chez laquelle un minutieux examen ne me révélait rien d'anormal. Après plusieurs séjours inutiles dans des services de médecine, la chirurgie était mise en demeure d'intervenir ; sa famille et ses médecins croyaient à des lésions graves, et me demandaient une opération radicale, qu'elle-même désirait ardemment. Mais je ne me souciais pas d'aller si vite, je voulais voir ses ovaires et ne l'en priver qu'à bon escient ; je voulais exploiter la confiance qu'elle avait dans l'opération, en me bornant, si possible, à une de ces laparotomies exploratrices qui donnent quelquefois des résultats inattendus. Je trouvai l'ovaire gauche, où existait la douleur, absolument sain ; le droit avait le même aspect, mais il était allongé par un petit kyste occupant son extrémité externe et doublant son volume. C'était un vieux corps jaune rempli de sérosité ; je l'enlevai et suturai le tissu avec du catgut, puis je bornai là mon intervention, et la malade garda ses deux ovaires. Sortie de l'hôpital, elle retourna en province, eut les mêmes douleurs et se remit à la morphine, dont elle fit un tel abus qu'elle devint blafarde, sans appétit, sans sommeil et sans forces. Bientôt elle me fut ramenée dans un état pitoyable, et je ne vis plus d'autre parti à prendre que celui auquel je m'étais refusé d'abord : l'hystérectomie. J'enlevai l'utérus en quelques minutes (2 juin 1892). Dès ce moment, la malade ne souffrit plus, et, paraissant déshabituée de la morphine, elle prit dans mon service le métier d'infirmière, qu'elle exerça tout d'abord avec zèle et sans se plaindre. Malheureusement, l'amour de la morphine datait chez elle de trop loin pour s'éteindre, et bientôt je découvris que, malgré l'absence de douleurs pelviennes, elle continuait de s'empoisonner. Je ne pourrai donc jamais vous montrer en elle une malade guérie par mon intervention ; et je ne rapporte le fait qu'au point de vue des

indications respectives de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale. Ici, la réserve que j'avais apportée dans mes actes, en évitant d'abord une mutilation, a manqué son but, et j'aurais pu aller plus vite en besogne ; mais je ne crois pas avoir eu tort de procéder avec lenteur et de me laisser forcer la main par une situation de plus en plus grave et compromettant la vie. J'aurais pu agir autrement si l'âge de la malade m'avait imposé moins de ménagements, ou si, dès le début, son état physiologique m'avait paru désespéré.

Je pourrais citer d'autres faits, si je ne craignais les redites inutiles ; car j'ai fait 15 fois l'*hystérectomie vaginale secondaire* sur des malades incomplètement guéries par la castration ovarienne. Sur ce nombre, j'en mets trois à part chez qui la laparotomie, faite pour des lésions matérielles sérieuses (salpingo-ovarite avec métrorrhagies, pyosalpinx), avait laissé après elle de gros utérus fongueux et saignants, rétrofléchis, adhérents au cul-de-sac de Douglas, et des douleurs qui n'étaient pas de la névralgie pure. Mais il y en a sept chez qui la névralgie est seule à considérer, car leurs annexes étaient presque saines ; trois d'entre elles avaient gardé un utérus congestionné, hémorrhagique, et les autres un utérus petit, atrophié et purement douloureux. Enfin, il y en a cinq que j'avais opérées pour des lésions positives, mais qui n'avaient aucun reliquat inflammatoire, leurs utérus étaient petits et mobiles avec une muqueuse saine, et cependant elles souffraient cruellement, preuve que l'élément névralgique dominait la situation. Or, toutes ces malades — avec la seule réserve que j'ai dû faire au sujet d'une morphinomane — sont aujourd'hui parfaitement guéries.

Voilà des observations qui montrent que l'utérus laissé en place peut être une entrave à la guérison, et son ablation mettre fin à des maux que la suppression des ovaires n'avait pas dissipés. Mais, encore une fois, cela ne veut pas dire qu'il eût fallu, dans tous ces cas, faire d'emblée l'hystérectomie ; car il peut être sage, pour des raisons multiples, de commencer par une laparotomie discrète et n'entraînant qu'un sacrifice limité.

Je vais maintenant rapporter des exemples d'hystérectomies vaginales entreprises d'emblée contre les grandes névralgies pelviennes. Il y a longtemps que j'ai pensé aux avantages que pourrait avoir une extirpation complète. On l'a vu par un fait bien antérieur aux discussions actuelles, puisqu'il date du 10 octobre 1887.

7) C'était une fille de 27 ans, qui, avant de me tomber entre les mains, avait déjà subi plusieurs opérations, curage, raccourcissement des ligaments ronds, et qui souffrait toujours. Elle n'avait ni métrite, ni déviation, ni tuméfaction péri utérine, et la douleur n'avait pas de localisation précise. L'ablation des ovaires seuls me parut de valeur douteuse contre cette névralgie *sine materiâ*, et je résolus d'enlever l'utérus et les annexes par la voie vaginale. Avant mon intervention, elle était dans un état pitoyable, elle ne pouvait ni marcher ni à peine sortir de son lit; aussitôt après, elle fut engagée comme infirmière. A deux reprises, et à quelques mois d'intervalle, elle accusa des douleurs dans le ventre et prit un lit pendant huit jours dans le service de Landouzy, à l'hôpital Tenon. Elle n'avait aucun accident sérieux, mais au toucher, le doigt causait de la douleur en arrivant sur la cicatrice; et Landouzy, qui ne la connaissait pas avant l'opération et n'avait d'autres renseignements que les miens sur les grands symptômes de cette époque, me disait : « Elle nous débite aujourd'hui la menue monnaie des accidents nerveux qu'elle a présentés jadis ». Après quelques jours de repos, elle reprenait son dur métier et s'en acquittait sans fatigue. Le second orage passé, il ne fut plus question ni d'état nerveux ni de souffrances locales; je la revis souvent, bien portante et travaillant toujours; enfin, deux ans plus tard, elle partit pour la campagne, d'où elle m'écrivit pour me demander la permission de se marier. Il ne s'agit donc pas d'une femme qui, toujours nerveuse et mal guérie, serait de guerre lasse retournée dans son pays pour y retrouver le calme et la santé, mais bien d'une malade que la chirurgie a mise, du jour au lendemain, en état de travailler activement, et qui longtemps après, pour des raisons toutes personnelles, a quitté Paris et continue là-bas de se bien porter.

Tels sont les termes *ne varietur* de cette observation, que je tenais à fixer parce qu'ils montrent la valeur de l'hystérectomie vaginale contre des accidents que d'autres soins et même des opérations n'avaient pu guérir, et afin qu'ils ne puissent être altérés légitimement à l'avenir, même sans mauvaise intention et dans l'entraînement d'une cause à défendre.

Depuis les succès récents de l'hystérectomie vaginale, j'y suis revenu et l'ai faite plusieurs fois sur la même indication, alors que les circonstances la rendaient légitime, et ayant toujours l'idée qu'elle me donnerait des résultats plus sûrs que l'ablation des ovaires seuls.

8) Le 19 mai 1891, femme de 33 ans qui, depuis une première couche heureuse à l'âge de 20 ans, a été enceinte deux fois et n'a pu mener ses grossesses à terme ; ménorrhagies, douleurs névralgiques violentes et continuelles sans lésion apparente, sensibilité extrême à l'examen, constipation, état nerveux. Elle s'est fait soigner depuis longtemps, mais comme peuvent le faire les « ménagères » qui fréquentent nos services. Faut-il la faire venir à l'hôpital de semaine en semaine, pour lui donner des conseils illusoires et des remèdes inefficaces ? Les souffrances, qui durent depuis la première fausse couche, en 1889, n'ont rien de banal et ne ressemblent pas aux douleurs ordinaires de la métrite ; elles contrastent singulièrement avec l'intégrité anatomique des organes ; leur intensité et leur permanence me décident à enlever l'utérus mobile, les trompes saines, les ovaires contenant une ou deux petites vacuoles insignifiantes. L'opération réussit pleinement, et nous revoyons la malade à la fin de l'année, très bien portante et ne se plaignant de rien. Malheureusement, je n'ai pas de nouvelles plus récentes, car elle a changé de domicile et j'ai perdu sa trace.

9) Le 15 octobre 1891, femme de 26 ans, un enfant et deux fausses couches ; douleurs abdominales progressives depuis sept ans, ayant amené un état de nervosisme intolérable. Ici les soins n'ont pas manqué ; la malade est domestique dans un château, choyée par une maîtresse bienveillante et dirigée par un médecin des plus éclairés, mais rien n'a pu réussir. L'intensité du mal a fait croire à une pyosalpingite ; les culs-de sac vaginaux sont très sensibles,

mais sans tumeur ni empâtement. L'opération est faite en un quart d'heure : utérus volumineux, trompes et ovaires à peu près sains. Retournée dans son pays, la malade se plaint encore un peu ; mais en novembre, « elle n'a plus de douleurs, elle mange et dort très bien ». Dans le cours de l'année 1892, à diverses reprises elle m'annonce des troubles nerveux et sa prochaine arrivée à Paris ; mais elle ne vient pas. Je la vois enfin le 22 octobre 1892 : elle est bien portante et n'a plus trace de névralgie pelvienne. Seulement, toujours nerveuse, elle se plaint d'une douleur singulière autour de l'ombilic, qui « l'empêche de s'asseoir » et contre laquelle je dirige en ce moment une thérapeutique des plus inoffensives.

10) Le 17 novembre 1891, femme de 41 ans, deux grossesses normales et une fausse couche. Après avoir eu des attaques d'hystérie dans sa jeunesse, elle est restée très nerveuse, et a eu des douleurs vives depuis son premier accouchement. Les règles sont anormales : aménorrhée complète de février en mars, et depuis cette époque, métrorrhagies peu abondantes mais à peu près continues. Il y a de plus des troubles dyspeptiques, des vomissements opiniâtres, une incapacité de travail absolue. De nombreux médecins l'ont traitée avec acharnement, mais ce qui paraît avoir dominé, c'est la cautérisation répétée de prétendus ulcères du col. L'état névropathique s'est encore accentué depuis quelques mois ; la malade croit avoir une tumeur, elle est sans courage et sans forces. Devant cette pénible situation, et malgré l'absence de lésions pelviennes, je n'hésite pas à prendre les voies rapides, en enlevant l'utérus et les annexes. L'opération, très facile et de onze minutes de durée, est suivie d'une prompte guérison ; la dyspepsie, les douleurs pelviennes et avec elles le découragement disparaissent ; je revois la malade le 18 mai 1891 en parfait état, elle ne souffre plus et s'applaudit sans réserves d'avoir subi l'opération.

11) Le 21 novembre 1891, femme de 28 ans, trois enfants. Il serait difficile, je crois, de trouver un cas plus démonstratif que celui-ci en faveur de l'intervention chirurgicale. La malade est, depuis huit ans, presque toujours couchée ; la souffrance est si grande qu'elle peut à peine quitter son lit quelques heures de suite et qu'elle marche pliée en deux. Les règles, très diminuées aujourd'hui, étaient fort abondantes et constamment douloureuses ; les trois grossesses ont eu lieu dans ces conditions et se sont heureusement terminées. Depuis deux ans, elle ne se lève plus du

tout; elle se nourrit à peine et a beaucoup maigri. Toutes les ressources de la thérapeutique ont été épuisées ; on l'a portée en Suisse, mais elle n'a retiré du voyage aucun profit. Félizet, l'ayant vue en province, a constaté chez elle une forme grave d'hystérie, avec douleurs pelviennes excessives, antéflexion mobile, crises vésicales sans lésions de l'appareil urinaire. Quelques mois après cet examen, elle vient à Paris et se remet entre mes mains ; je lui trouve un utérus petit et mobile, penché en avant, une sensibilité exquise du tissu utérin, des culs-de-sac vaginaux et de la paroi abdominale au niveau des fosses iliaques, le moindre contact provoquant des nausées ; une cystalgie violente revenant par accès, avec fréquence des mictions et sans altération de l'urine. Elle est faible, pâle, immobile dans son lit et se nourrit d'un peu de lait et de bouillon.

L'opération est faite avec l'assistance de Félizet, et dure dix minutes ; ablation intégrale de l'utérus et des annexes. Le troisième jour, elle n'a plus l'air d'une opérée, à peine d'une malade ; elle boit du champagne, du lait stérilisé, accepte bientôt des aliments solides, ne souffre plus à la palpation, oublie sa vessie, reprend des couleurs et des forces. Avant son départ, cependant, une nouvelle crise vésicale la tient au lit quelques jours ; mais elle est bientôt sur pieds, marche, va et vient, et retourne chez elle absolument transformée. Depuis ce moment, il y a eu quelques retours atténués de la cystalgie, quelques plaintes relatives au sommeil ou aux fonctions digestives ; le contraire ne serait pas vraisemblable. Il faut dire qu'elle n'a pas, au fond de sa province, les distractions et les plaisirs qui lui feraient sans doute oublier tous ses maux. Mais elle vit, en somme, dans des conditions normales, s'occupe, se promène : les lettres qu'elle m'adresse, les personnes qui la voient me la dépeignent comme une ressuscitée.

12) Le 26 novembre 1891, femme de 39 ans, trois enfants et une fausse couche. Les douleurs, qui durent depuis treize ans, ont doublé après la fausse couche ; elles sont continuelles, paradoxales, étant données la mobilité de l'utérus et l'intégrité des annexes. Le col est un peu gros et scléreux, l'ensemble de l'organe légèrement hypertrophié ; rien de plus. Il n'y a pas d'indications pour le curage utérin, et je ne sais quel autre moyen conservateur adopter qui ait chance d'être efficace. L'âge de la malade, qui rend l'utérus inutile, me décide à une opération radicale et en même

temps fort simple ; elle est achevée en cinq minutes, et cette fois je laisse dans le ventre les deux ovaires, petits et mobiles, auxquels je n'attache pas d'importance. La malade nous quitte à la fin de décembre en parfait état, sans douleur ; puis elle m'échappe et je la cherche en vain. Heureusement, elle est venue se montrer il y a deux mois environ, et j'ai pu constater la solidité de sa guérison.

13) Le 10 avril 1892, femme de 37 ans, deux grossesses difficiles. Mariée à 17 ans, malade aussitôt après. Sa mère affirme qu'elle n'était pas nerveuse : c'est une manière de parler, mais il semble bien qu'elle a eu pour la première fois une « attaque de nerfs » en 1891. Elle était cependant très souffrante, et se plaignait sans cesse de son ventre. Elle a mené une existence agitée, cherchant partout la guérison, commençant jadis par Depaul, allant de Bourges à Paris et à Bordeaux, passant en revue les guérisseurs et les médecins de bonne renommée. L'électricité, à deux reprises, lui a fait quelque bien ; lavages de l'estomac, cautérisations du col, plaques dynamodermiques, tout y a passé. Elle s'adresse à moi en mars 1891 ; je lui trouve un utérus légèrement adhérent, une grande sensibilité avec peu de lésions, somme toute une névralgie pelvienne invétérée. Elle reste encore une année à la campagne, puis, lasse de souffrir et encouragée par son médecin, elle revient à Paris et subit l'opération. L'utérus, retenu par quelques vieilles adhérences au cul-de-sac de Douglas, est enlevé par morcellement, et les annexes avec lui ; les trompes sont normales, un ovaire scléro-kystique et l'autre augmenté de volume par un kyste hématique de la grosseur d'une petite mandarine. Rien, dans ces quelques altérations, n'est en rapport avec la violence et l'ancienneté des douleurs.

L'opération eut naturellement les suites les plus bénignes ; de plus, la douleur disparut franchement, et déjà la malade s'applaudissait du résultat obtenu, lorsqu'au bout d'une quinzaine de jours elle fut prise d'étouffements et d'accès fébriles que rien ne pouvait expliquer. Je lui connaissais bien une arythmie cardiaque singulière, que son médecin m'avait signalée ; mais elle ne s'accompagnait ni de souffle ni d'aucun symptôme alarmant, nous l'avions considérée comme un phénomène nerveux et nous étions loin d'y voir le signe d'une sérieuse affection du cœur. La malade retourna en province, délivrée de sa névralgie pelvienne

et ne sentant plus son ventre, mais encore ébranlée par ces troubles inattendus.

J'ai souvent de ses nouvelles depuis son départ; elle a maintenant une insuffisance mitrale avérée, avec souffle intense, œdème malléolaire, albuminurie, cachexie progressive. Je ne crois pas que les ennemis les plus déclarés de l'hystérectomie vaginale l'accusent d'engendrer les maladies organiques du cœur; je n'ai donc qu'à enregistrer cette coïncidence malheureuse, en regrettant amèrement qu'elle vienne rendre inutile une intervention dont le résultat s'annonçait comme très nettement favorable.

14) Le 24 mai 1892, femme 31 ans, une fausse couche et un accouchement laborieux. Depuis ce dernier, c'est-à-dire depuis cinq ans, douleurs utérines violentes, avec leucorrhée, sans métrorrhagies; traitements variés, qui ne changent rien à son mal et qui la laissent découragée. En avril 1892, conseillée par une ancienne malade de Tenon, elle quitte le département du Var et vient à Paris. C'est une femme qui souffre constamment, qui marche pliée en deux; ce n'est pas une hystérique. L'utérus et les ovaires sont mobiles, sans lésions apparentes, et d'une sensibilité exquise. Après une opération d'un quart d'heure et l'ablation d'organes à peu près sains, elle cesse de souffrir et retourne chez elle bien portante. En septembre, on m'écrit que le mieux s'est toujours accentué. Il est vrai qu'elle a eu, dans un avant-bras, des douleurs vives surtout la nuit, qui ont duré deux semaines et qui ont passé avec de l'antipyrine et des manches de flanelle; il est vrai qu'un peu plus tard, elle a été reprise, en se redressant, d'une douleur aiguë « dans le bas du dos et vers le côté », qui lui a fait garder le lit pendant quelques jours, et qui m'a l'air d'un simple lumbago. J'en conclus qu'elle est rhumatisante; mais l'opération n'en a pas moins supprimé une névralgie pelvienne rebelle et qui durait depuis cinq ans.

15) Le 16 juillet 1892, femme de 36 ans, mère de plusieurs enfants, déjà venue à l'hôpital Tenon pour se faire soigner d'une « métrite simple ». Le curage, fait par un de mes internes le 23 mai, ne donne pas de résultat; il est vrai qu'on n'a pas fait d'opération sur le col, qui est dur et très augmenté de volume. Deux mois après, devant la continuité des douleurs, j'hésite sur la conduite à tenir; une amputation sus-vaginale, destinée à supprimer les tissus sclérosés et à produire l'atrophie du corps

utérin, serait assez bien indiquée dans l'espèce. Toutefois, l'intensité et la continuité des douleurs, l'âge de la malade, l'état nerveux très accentué, y compris la sensation de boule hystérique, le souvenir de cas semblables où j'ai dû faire, après une intervention limitée, l'hystérectomie vaginale secondaire, enfin la certitude que l'ablation d'un utérus mobile n'est pas plus grave qu'une opération du segment inférieur, me déterminent à aller plus loin. L'utérus est enlevé d'un seul bloc, malgré les adhérences molles du cul-de-sac de Douglas, et avec lui les deux ovaires scléro-kystiques et les trompes saines. La malade, qui est concierge, retourne à sa loge et d'abord je la crois guérie ; mais, tout récemment, son fils m'apprend qu'elle se plaint toujours, se désole et s'attribue une maladie grave. Bref, l'état nerveux n'est pas modifié, et l'opération paraît avoir manqué son but.

Aux faits qui précèdent s'ajoute un cas où la mort vint dénouer, après opération la plus simple, une situation désespérée, Ce n'est pas la chirurgie qu'il faut accuser, c'est la malade elle-même, c'est la peur exagérée de l'opération, qui porte un si grand nombre de malheureuses à repousser nos soins tant qu'elles ne sont pas à bout de forces, et à les réclamer quand il n'est plus temps.

16) Cette malade, âgée de 35 ans et vierge, était venue me voir en 1889, fatiguée par ses visites à l'Exposition et ayant de vives douleurs dans le côté gauche du ventre. Elle pensait avoir eu, en 1886, une péritonite (?) qui l'avait tenue neuf mois au lit. C'était une grande nerveuse sans attaques, déjà très souffrante et découragée, mais n'ayant pas trop mauvaise mine. Je ne lui trouvai pas de lésions abdominales, mais une névralgie pelvienne inquiétante par ses retours et son intensité ; je conseillai un traitement palliatif, car je n'étais nullement disposé à recourir d'emblée aux moyens extrêmes. Mais je n'aurais pas voulu qu'elle attendît si longtemps : elle passa dans son lit presque toute l'année suivante; au mois d'avril 1891, elle m'appela en Seine-et Oise et je la trouvai immobilisée par la douleur. Elle vivait sans manger, buvait un peu de bouillon, et toutes ses fonctions semblaient ralenties, immobilisées comme elle. La situation me parut si grave, que je proposai d'intervenir au plus vite ; mais elle refusa net. Puis elle

resta dans son lit. On m'apprit à la fin de l'année qu'elle allait un peu mieux et prenait quelque nourriture; mais en 1892, il y eut une telle aggravation qu'elle se décida et me fit venir le 24 juillet. Elle était couchée depuis 23 mois, souffrait sans repos ni trêve et continuait à ne pas manger. Quand je voulus l'examiner, elle ne pouvait à peine tourner la tête vers moi; elle était très amaigrie et beaucoup plus faible que je ne l'avais encore vue; son ventre était creux et d'une extrême sensibilité au-dessus du pubis. En pareil état, l'opération était bien risquée, sans doute; cependant comme elle devait être assez simple et rapidement faite, je comptais un peu qu'elle n'excéderait pas la résistance de cet organisme appauvri mais sans fièvre, sans altération de l'urine, sans lésions matérielles. Ajoutons que je ne pensai à la castration ovarienne que pour la rejeter comme insuffisante, et que je résolus d'extirper à la fois l'utérus et les annexes.

L'opération, faite le 24 juillet 1892, ne fut gênée que par l'étroitesse du vagin; ovaires et trompes enlevés des deux côtés, la malade fut remise dans son lit en très bon état et sans avoir perdu de sang. Pendant un jour et demi, tout alla bien, elle-même se croyait sauvée. Mais, dans l'après-midi du second jour, le pouls faiblit à diverses reprises, malgré les injections d'éther. Il n'y avait ni ballonnement, ni douleur, ni la moindre élévation de température, mais simple collapsus, et la mort vint doucement au bout de quarante-huit heures.

Je ne crois pas avoir besoin d'insister beaucoup pour montrer que, dans cette issue malheureuse, la chirurgie n'a rien à se reprocher, que la malade abandonnée à elle-même était absolument perdue, qu'une certaine opération était dangereuse mais avait encore des chances de succès, et qu'un chirurgien capable de la faire n'avait pas le droit de s'abstenir.

Je dirai mon avis, pour conclure, sur la meilleure méthode chirurgicale applicable aux grandes névralgies pelviennes. J'ai cité des exemples de laparotomies suivies de guérison durable; mais j'ai montré aussi, par des faits, que l'incision abdominale suivie d'une opération sur les annexes ne réussit pas toujours à supprimer les douleurs. Quels sont, d'autre

part, les résultats de l'hystérectomie vaginale? Il est bien entendu qu'il ne faut pas s'attendre à des succès constants, absolus. Néanmoins, ceux que j'ai relatés ont une réelle valeur. Sur neuf observations, — sans parler des hystérectomies vaginales secondaires, qui m'ont donné des résultats complets, — il y en a huit où le succès n'est pas contestable, une seule (15) où je n'ai pas atteint mon but. Parmi les huit, il faut faire des catégories : une malade (13) ne souffre plus du ventre, mais elle sera bientôt emportée par une maladie du cœur : deux (9, 14), après disparition des douleurs abdominales, se plaignent de quelques points névralgiques dans d'autres régions, n'ayant pas à beaucoup près la même importance ; cinq (7, 8, 10, 11, 12) sont des exemples de guérison franche, constatée au bout de six mois, dix mois, onze mois et cinq ans. Toutes sont dans un état d'intégrité fonctionnelle qui n'inspire aucune réserve pour l'avenir; deux (7, 11) sont des femmes que l'opération a tirées merveilleusement d'une situation des plus graves, sinon désespérée comme la dernière que j'ai décrite (16).

Si donc je me fonde sur la simplicité relative de l'opération dans les cas de ce genre, sur l'inutilité de conserver l'utérus après l'ablation des ovaires, sur les raisons théoriques qui militent en faveur de l'extirpation totale, enfin sur mes observations, je pense qu'il faut regarder l'hystérectomie vaginale comme la plus sûre des deux méthodes contre des névralgies pelviennes. Encore une fois, je ne recommande pas de l'appliquer toujours, sans autre examen. Bien au contraire, les malades de cette catégorie ne peuvent se traiter sommairement; les conseils d'abstention, de réserve, d'intervention exploratrice et limitée doivent être écoutés et obéis comme je l'ai fait plus d'une fois. Mais il faut bien avouer qu'il y a des cas où la souffrance et le désespoir des malades imposent un complet sacrifice, et c'est alors que les chirurgiens sans timidité et sans système ont le devoir d'abandonner, s'il le faut, leurs vieilles habitudes pour suivre jusqu'au bout l'indication vraie.

PLACENTA PRÆVIA (1)

Par **Berry Hart** (d'Edimbourg).

Traduit d'après le *texte original*, par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

Définition. — *Qu'est-ce que le placenta prævia ?* On peut définir le placenta prævia l'insertion d'une portion du délivre à une certaine distance de l'orifice interne, ou son insertion sur cette région de l'*utérus proprement dit* (c'est-à-dire la matrice, exclusion faite du col), qui est étirée et étendue durant le travail. Ces définitions exigent quelque explication et nous prenons d'abord la seconde, définition fonctionnelle, pour une raison spéciale.

Les résultats fournis par l'examen de sections faites sur des cadavres congelés de femmes mortes pendant le travail, nous ont montré que l'utérus proprement dit est divisé par l'anneau de contraction en deux régions nettement distinctes, offrant un contraste accusé. Tout ce qui est au-dessus de l'anneau de contraction est actif pendant le travail, tandis qu'une certaine portion du canal développé au-dessous de l'anneau est le segment inférieur de l'utérus, passivement dilaté. Où se trouve la ligne de conjonction de la portion inférieure de ce segment et de la portion supérieure du canal cervical ? C'est là une question difficile à résoudre, bien que la section de Chiari ait jeté quelque lumière sur ce point : cette ligne correspondrait à la limite supérieure de l'arbre de vie.

Définition fonctionnelle. — Dans les utérus *post partum*, examinés durant les 12 premières heures qui suivent l'accouchement, on peut constater nettement que la portion passivement distendue, étirée au-dessous de l'anneau de contraction est divisée presque également en *segment utérin inférieur*

(1) Communication au *Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles*, septembre 1892.

et *canal cervical.* Nous pouvons en conséquence définir le placenta prævia : *une insertion telle d'une portion du placenta qu'elle repose sur cette région de la paroi utérine proprement dite dont la limite supérieure pendant le travail est l'anneau de contraction.* Comme, pendant le travail, cette région se trouve distendue, la définition précédente n'est en somme que la vieille définition de Rigby exprimée en termes d'anatomie moderne.

Segment inférieur de l'utérus. — Nous avons maintenant à aborder une question plus difficile, savoir : *quelle portion de l'utérus à la fin de la grossesse correspond à la portion de l'utérus qui durant le travail est limitée supérieurement par l'anneau de contraction ?* La réponse est : « *le segment inférieur de l'utérus* », et il me faut, maintenant, définir cette portion importante de l'utérus gravide, à terme. Le segment inférieur de l'utérus est une portion semi-sphéroïdale, dont l'orifice interne représente le point le plus bas, et dont la ligne supérieure sur la paroi utérine est à 2 1/2 à 3 1/2 pouces environ de ce point. On donne généralement comme caractères propres de ce segment inférieur : 1° laxité de son revêtement péritonéal; 2° dissociation possible de ses couches ; 3° présence d'une veine à son bord supérieur ; 4° minceur plus grande en comparaison de la portion supérieure de la paroi utérine.

Mais, pas un seul de ces caractères n'est suffisant dans tous les cas. La laxité du péritoine est nettement marquée en avant, mais moins bien en arrière. La limite supérieure varie, et la veine coronaire n'existe pas toujours en arrière et manque parfois en avant. Pour des considérations pratiques, cependant, nous pouvons considérer cette région semi-sphéroïdale de l'utérus comme représentant un segment spécial, et, en manière de déduction, formuler cette définition, la plus courte et la meilleure du placenta prævia : « *insertion d'une portion du placenta sur une étendue plus ou moins grande du segment inférieur de l'utérus* ».

Définition anatomique du placenta prævia. Définition de

Kaltenbach. — Hofmeier a récemment publié un travail relatif à un utérus gravide de quatre mois, utérus où il paraissait y avoir un placenta *prævia*. La portion *prævia* s'était développée dans la réflexe qui n'adhérait pas encore à la caduque vraie. Et, Kaltenbach a proposé une définition du placenta prævia, basée sur ce spécimen décrit par Hofmeier et sur d'autres observés par lui : *le placenta est prævia quand il s'insère sur le pôle inférieur de la réflexe* (...the placenta is prævia when inserted over the lower pole of the reflexa). Cette définition a été acceptée par Olshausen dans la dernière édition du « *Traité d'accouchement* » bien connu de Schröder (8e édition), en sorte qu'elle a l'appui de personnes dont l'opinion est d'un grand poids.

Nature de la réflexe. — Ceci soulève une importante question de pratique, et aussi une question d'un grand intérêt scientifique. On n'a pas trouvé un seul œuf, si jeune qu'il fût, qui n'eût sa caduque réfléchie. La réflexe est une extension sur l'œuf de la sérotine, et ses bords dans les premières périodes de la grossesse sont retenus par de nombreuses villosités. Sur un spécimen de grossesse de six semaines, que j'ai soigneusement examiné avec l'aide de mon assistant, le Dr Lovell Gulland, la caduque réfléchie avait environ, au niveau de sa jonction avec la sérotine, 1/8 millième de pouce, puis elle s'amincissait de plus en plus au delà jusqu'à se réduire à 1/10 mill. Sur plusieurs utérus gravides de 2 mois, on a constaté des villosités bien développées sur le pôle inférieur de la caduque réfléchie (Hofmeier, Kaltenbach), tandis que sur un spécimen de grossesse de 4 mois (1), le placenta était tout à fait évident sur l'extrémité inférieure de la caduque réfléchie. Je désire ici résumer brièvement l'idée que je me suis faite de la caduque. Je considère l'œuf humain comme un œuf essentiellement enfoui (embedded) — un œuf implanté dans la caduque — la caduque sérotine étant composée d'une portion profonde, voisine de la paroi utérine et d'une portion

(1) L'auteur montre un dessin de ce cas.

superficielle — la caduque réfléchie. Cet enfouissement (embedding), cette insertion de l'œuf fécondé ne se rencontre que chez les mammifères élevés dans l'échelle animale, et chez les insectivores. Ainsi, chez le hérisson, Hubrecht a vu que l'œuf fécondé, lorsqu'il prend contact avec la sérotine (tropho-spongia), détruit manifestement l'épithélium et bientôt après s'enfonce dans la sérotine, qui alors se referme au-dessus de lui, constituant ainsi une caduque réfléchie. Comment se forme la caduque réfléchie pour l'œuf humain, on l'ignore. Mais, j'incline à penser qu'elle se forme comme chez le hérisson, ou bien que l'œuf humain se greffe sur une portion de sérotine dépourvue d'épithélium et qu'ensuite la sérotine se complète au-dessus de l'œuf. Au niveau du lieu de fusion de ce qu'on nomme caduque réfléchie avec la sérotine proprement dite, on trouve des villosités au début bien développées, tandis que ce développement est moins marqué à mesure qu'on se rapproche du point le plus élevé de la caduque réfléchie (1).

Dernières modifications dans le placenta réflexe. — Ce développement de villosités au niveau de la réflexe n'est que temporaire, et, finalement, survient une atrophie, qu'on pourrait dénommer : atrophie du « *placenta réflexe* ». Ces changements proviennent, d'une part, de ce que l'apport nutritif sanguin à la caduque réfléchie est moindre que celui qui se fait vers la sérotine proprement dite, et, d'autre part, en conséquence d'une propriété active des villosités, mise en relief dans un travail récent sur le placenta par le Dr Gulland et par moi-même. Au point où les terminaisons villeuses touchent la sérotine proprement dite, tout le monde peut constater un faisceau de tissu dense et dégénéré dû à une action active et vraisemblablement phagocytique des villosités. Cela nous permet de comprendre comment le « *placenta réflexe* » s'atrophie à mesure que la grossesse poursuit son cours, enfin que la portion de la caduque réflé-

(1) Présentation de dessins confirmatifs.

chie au-dessus de l'orifice interne peut rester seulement comme une portion épaissie des membranes sur le bord du placenta vrai (1).

Cause du placenta prævia. — L'origine du placenta prævia, c'est l'implantation primitive de l'œuf fécondé sur la région inférieure de l'utérus ou même sur l'orifice interne. L'objection vigoureuse que fait Kaltenbach à cette opinion ne me paraît pas tout à fait valide. Il prétend que le petit œuf passerait dans la cavité cervicale et qu'il serait perdu. Or, nous devons nous rappeler que la caduque hypertrophiée et plissée doit oblitérer l'orifice interne, et que par conséquent l'implantation peut se faire au-dessus. Mais, pour quelle raison cette insertion basse se produit-elle? Nous savons seulement quelle est plus apte à se produire dans les cas où la muqueuse utérine a été malade. Or, je voudrais émettre l'hypothèse, *seulement une hypothèse, que l'œuf humain ne peut se greffer que sur une surface dénudée, qu'ainsi il ne se greffe pas sur la trompe de Fallope, mais seulement sur un point de la cavité utérine où l'épithélium a été enlevé par la menstruation.* Et, une quelconque des variétés du placenta prævia serait réalisée quand l'œuf n'aurait pu prendre contact avec des éléments connectifs que dans une partie inférieure de la cavité utérine.

Au résumé, *le placenta prævia est l'implantation primitive de l'œuf sur le segment inférieur de l'utérus. Les travaux remarquables d'Hofmeier et de Kaltenbach ne me paraissent pas avoir, du moins encore, ruiné l'opinion classique que j'ai pris sur moi de défendre. Il n'est pas douteux, cependant, que toutes les pièces pathologiques relatives à cette question, doivent être examinées avec un soin minutieux.*

Mais qu'est-ce qui fait cette insertion anormale du placenta si dangereuse pour la mère et pour l'enfant? La réponse

(1) Ce processus de dégénérescence et d'amincissement était très nettement indiqué sur l'œuf de 4 mois auquel l'auteur a déjà fait allusion.

est évidemment : *l'hémorrhagie ;* aussi, je vais étudier maintenant :

I. — L'ANATOMIE MICROSCOPIQUE SPÉCIALE DU PLACENTA INSÉRÉ SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS.

II. — LA CAUSE DE LA SÉPARATION DE LA PORTION PRÆVIA.

Anatomie spéciale. — I. *Anatomie microscopique spéciale du placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus, étudiée dans ce qu'elle a d'intéressant au point de vue du décollement du placenta et de l'hémorrhagie.* Cette description est basée sur l'examen de plusieurs opérées, mais principalement sur celui d'une grossesse de quatre mois environ, où le bord inférieur du placenta était à un pouce de l'orifice interne. Dans ce cas, la réflexe n'avait pris aucune part spéciale à la formation de la portion prævia, bien que le fort épaississement de la caduque vraie entre le bord inférieur du placenta et l'orifice interne constituât une condition de nature à favoriser la formation d'un placenta réflexe.

Les parties qui méritent une mention spéciale sont : 1° *la paroi musculaire ;* 2° *la couche spongieuse ;* 3° *la couche à grosses cellules et son union intime avec les extrémités villeuses ;* 4° *l'apport sanguin.*

1° *La paroi musculaire* du segment inférieur de l'utérus est caractérisée, anatomiquement, par la direction longitunale de ses fibres et, fonctionnellement, par sa propriété de distension mécanique ; caractères auxquels il a été fait suffisamment allusion plus haut.

2° *La couche spongieuse* est très bien marquée dans les premières périodes de la grossesse, mais elle est moins large quand la gestation est plus avancée. A tous les âges de la grossesse elle est bien marquée, et l'on sait aujourd'hui qu'elle est constituée par les fonds des glandes utérines dilatées : *elle est de la plus haute importance parce qu'elle représente la couche où s'effectue la séparation du placenta.*

3° *La couche à grosses cellules et son intime union avec les extrémités villeuses.* A ce niveau de la section placen-

taire, nous notons une union intime des villosités avec la couche à larges cellules de la sérotine. Ce détail a été déjà signalé, mais il est important, parce qu'il empêche que la séparation ne s'effectue à ce niveau.

4° *L'apport sanguin dans la région du segment inférieur de l'utérus.* Sur cette question des voies sanguines afférentes vers le placenta nous possédons beaucoup de documents; et, à l'heure actuelle, grâce aux travaux de John Hunter, de Farre, de W. Turner, Waldeyer, Bumm, Hofmeier, etc., nos connaissances sur ce point sont sérieuses et importantes. L'apport sanguin au segment inférieur de l'utérus et au placenta maternel, quand il s'insère sur cette région, est fourni par l'artère utérine et principalement par une branche de cette artère qui d'abord passe à travers la portion contractile de l'utérus. Les artères hélicines déversent le sang dans les espaces intervilleux, tandis qu'il retourne à la circulation maternelle par le sinus de Meckel et par les veines habituellement situées dans la substance des cotylédons.

Les points spéciaux qui nous intéressent cependant, sont : a) *quel est l'état des parois des vaisseaux sanguins au niveau de la ligne de séparation*, c'est-à-dire, de la couche spongieuse ? b) *quelle est la source de l'hémorrhagie ?* Notre réponse à la première question, c'est que *les parois des vaisseaux sanguins, artères et veines, au niveau du plan de séparation sont des parois minces, et par suite disposées à se laisser facilement déchirer.*

Sur ce point, Farre et Waldeyer sont très catégoriques, et mes pièces anatomiques confirment parfaitement leur manière de voir. Un détail qu'il faut particulièrement retenir, c'est l'abondante vascularisation veineuse du segment inférieur de l'utérus dans les cas de placenta prævia. (1)

Source de l'hémorrhagie. — La source de l'hémorrhagie

(1) Hart a montré le dessin d'une section verticale médiane pratiquée sur le cadavre d'une femme atteinte de placenta prævia, et qui mourut de pneumonie, le 5e jour après l'accouchement. Ce dessin met bien en évidence cette richesse de la vascularisation veineuse.

réside *essentiellement dans les vaisseaux maternels, à minces parois, situés dans la couche spongieuse de la sérotine, et déchirés.* Toute autre source, comme le sinus de Meckel, est insignifiante.

Il résulte de tout ce que j'ai dit que l'arrêt de l'hémorrhagie dans le placenta prævia est dû au collapsus des vaisseaux à minces parois déchirés et à la compression. La musculeuse du segment inférieur de l'utérus n'est pas douée de contraction active, bien que la contraction utérine, pour les raisons exposées précédemment, puisse agir sur la principale voie artérielle afférente.

II. *Cause du décollement de la portion prævia du placenta.* — Elle a été d'abord indiquée par Matthews Duncan, et, avec quelques courtes additions, sa manière de voir est la suivante : le segment inférieur semi-sphéroïdal de l'utérus à terme est transformé, durant le travail, en un canal tubulaire : la surface utérine est augmentée et la distension transversale est d'autant plus accusée qu'on se rapproche davantage du segment inférieur. La portion du placenta insérée sur ce segment ne peut pas suivre parallèlement l'étalement, la distension de celui-ci, et conséquemment les connexions filamenteuses de la couche spongieuse cèdent, c'est-à-dire que la portion prævia du placenta se sépare : des déchirures vasculaires résulte la complication que nous dénommons, *hémorrhagie inévitable.* Ce mécanisme est accepté par tous comme étant celui qui s'opère pendant l'accouchement dans les cas de placenta prævia à terme.

Pouvons-nous fournir quelques données plus précises ? Qu'avons-nous besoin de connaître : 1) l'aire superficielle du segment inférieur de l'utérus à terme ; 2) l'aire superficielle du canal tubulaire en lequel ce segment se trouve transformé quand il est complètement canalisé ?

Ces données, malheureusement, on ne les possède pas encore, parce qu'on n'a pas encore pris un moule en plâtre de la cavité de l'utérus à terme mais, heureusement, nous possédons des moules d'utérus à 8 mois, et du canal génital

vers la fin de la seconde période du travail. Ces moules, mes amis Barbour et Webster les ont mis à ma disposition et je les ai utilisés de la façon suivante :

Sur le moule de l'utérus de 8 mois de grossesse, je délimitai le segment inférieur comme s'étendant approximativement à 6 centim. 2/5 de l'orifice interne. La portion semi-sphéroïdale fut recouverte avec du papier, puis le papier aplati et mesuré : sa surface mesurait 15 pouces carrés.

Pour le segment inférieur de l'utérus développé (avec probablement partie du canal cervical) je trouvai, en procédant de même façon, 37,75 pouces carrés. Ces données sont sans doute imparfaites, parce que l'utérus gravide était un utérus de huit mois, et que Barbour et Webster furent dans l'impossibilité de fixer rigoureusement les limites inférieures du segment inférieur pendant le travail. Cependant, ces mensurations ne doivent pas exagérer de beaucoup le degré d'extension du segment inférieur pendant le travail, d'autant plus que la partie canalisée est fortement distendue pendant les douleurs. J'espère que de nouveaux observateurs réussiront, au moyen des moules en plâtre, à obtenir des données plus exactes et plus complètes.

Mais l'hémorrhagie, dans les cas de placenta prævia, survient souvent au 7e ou au 8e mois de la gestation. Et beaucoup d'auteurs, dont Bayer, ont essayé de trouver l'explication de ce fait dans la théorie d'après laquelle « la transformation de la portion supra-vaginale du col qui viendrait à continuer l'utérus, déterminerait le décollement du placenta et partant l'hémorrhagie ». Je n'incline pas à accepter cette interprétation, mais, la question est complexe, elle reste encore *sub judice*, tout au moins en ce qui touche aux hémorrhagies du 7e mois. L'état des bords du placenta dans ces cas, c'est-à-dire son état d'atrophie, reste un champ ouvert aux investigations, particulièrement sous le point de vue de la persistance de la réflexe.

Relation du placenta prævia avec l'accouchement normal. — Le placenta prævia ne constitue pas, à vrai dire, une

chose tout à fait nouvelle pendant l'accouchement. A la fin de la grossesse, normalement, les membranes tapissent le segment inférieur; on a en quelque sorte des *membranes prævia*. Dans l'accouchement normal, ces membranes sont séparées jusqu'au niveau de l'anneau de contraction, décollement qui donne lieu à cette hémorrhagie légère, *qui marque*, et qui est un symptôme si caractéristique des premières contractions. Dans le premier stade de l'avortement, c'est la caduque vraie épaissie qui, au niveau du segment inférieur, se décolle, produisant ainsi l'hémorrhagie plus abondante de la fausse couche précoce. Dans les cas de placenta prævia, c'est la portion prævia du délivre qui se sépare du segment inférieur anormalement vasculaire, d'où l'hémorrhagie effroyable en comparaison de l'hémorrhagie diagnostique du travail normal.

Traitement. — Il est impossible de faire plus que d'indiquer les principes fondamentaux qui doivent nous guider en de semblables conditions.

Des faits anatomiques et physiologiques que je vous ai présentés il ressort nettement : que le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie c'est la compression, et qu'il faut en outre s'efforcer d'employer un agent mécanique qui, également, canalise le segment inférieur de l'utérus et le canal cervical. Mais, ce ne sont pas là les seuls principes sur lesquels il faut baser son intervention. Dans toute méthode de traitement, il faut, avec la plus grande rigueur, appliquer la méthode antiseptique, et l'on conçoit, qu'avec les procédés qui traînent en longueur, on risque davantage de tomber en défaut dans la réalisation de cette condition essentielle de toute opération. Un dernier point que nous oublions trop facilement, c'est que le plus grand nombre des placentas prævia sont traités par les praticiens ordinaires qui, pour se diriger, demandent au spécialiste la méthode la plus simple et la plus sûre de traitement.

Importance de la version bipolaire précoce. — Je suis convaincu que la méthode de traitement la plus sûre dans la

majorité des cas consiste dans la version bipolaire de Braxton Hicks, pratiquée dès que la dilatation ou la dilatabilité des voies maternelles la rend praticable. On la fait suivre de l'extraction rapide ou lente de l'enfant, suivant les cas. Les avantages de cette méthode thérapeutique sont les suivants : 1) elle peut être exécutée même avec une faible dilatation du col ; 2) elle arrête absolument l'hémorrhagie ; 3) les membres inférieurs et le siège abaissés dilatent les voies maternelles ; 4) elle n'augmente pas visiblement les dangers courus par la mère ; 5) ce n'est que dans les cas de rigidité des tissus ou de prolapsus du cordon qu'elle augmente les risques courus par l'enfant ; 6) elle permet une antisepsie rigoureuse ; 7) elle n'exige ni délai dans les cas urgents, ni outillage spécial.

Au résumé, *c'est le traitement que je préconise, sauf pour les cas légers où la rupture des membranes suffit.*

TAMPONNEMENT. — Je ne rejette pas systématiquement les autres méthodes thérapeutiques. Le tamponnement du vagin, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une dilatation suffisante pour faire la version bipolaire, a donné de bons résultats à plusieurs accoucheurs.

Quant au *décollement du placenta,* méthode qui a pour elle la grande autorité de Barnes, je n'en ai aucune expérience. Toutefois, d'après ce que j'en ai appris, il me semble qu'elle n'a pas reçu encore une sanction suffisante pour la préconiser.

CAS DIFFICILES.— Les cas difficiles se rencontrent chez les primipares âgées ou chez les femmes dont le placenta occupe presque la totalité du segment inférieur de l'utérus (placenta prævia *central*). Dans les premiers cas, on retire de bons résultats de l'usage de dilatateurs en caoutchouc (Keiller, Barnes, etc.) introduits dans le col, et suivi de la version pratiquée aussitôt que possible, le travail étant ensuite abandonné à lui-même, ainsi qu'il a été dit. Dans les autres (pl. *central*), le mieux est de traverser le placenta, d'abaisser un pied, et pour le reste, de tenir compte des indications particulières à chaque cas.

Le salut de la mère d'abord, l'enfant vient en seconde ligne. Aussi, ne faut-il pas perdre trop de temps dans l'emploi des dilatateurs, parce qu'il en peut résulter une grande perte de sang. Il ne faut pas non plus extraire trop rapidement, car on risquerait de déchirer les tissus maternels et de provoquer un complément d'hémorrhagie.

Stimulation et transfusion sous-cutanée. — Après la version, la chose la plus importante c'est la *stimulation*. On est souvent appelé quand déjà la parturiente a perdu beaucoup de sang, les stimulants sont de rigueur. Pour cette indication, rien ne vaut les injections sous-cutanées d'éther sulfurique et l'auto-transfusion. Je préconise particulièrement les injections sous-cutanées salées avec l'appareil de Munchmeyer. La méthode est simple, efficace, et, surtout, ce n'est pas un moyen en dernier ressort. A mon avis, son principal mérite c'est qu'elle peut être appliquée avant qu'il y ait des indications urgentes, qu'elle est inoffensive même dans les mains d'un praticien jeune et inexpérimenté, et qu'elle n'exige pas les indications absolues nécessaires pour la transfusion veineuse. Avant tout, c'est une méthode de pratique.

Je considère comme un avantage important, qu'elle nous permette, même en l'absence d'indications graves, d'augmenter la masse du sang maternel.

Précautions a prendre après l'accouchement. — Même quand la délivrance est complètement terminée, les préoccupations de l'accoucheur ne prennent pas fin. Il doit se tenir soigneusement en garde contre l'éventualité possible d'une hémorragie *post partum*. Comme l'hémorrhagie, le plus souvent, provient de déchirures cervicales, on pourra avoir recours à la compression exercée avec les doigts ou même, s'il est nécessaire, à la suture des lèvres déchirées. Si la source de l'hémorrhagie est au niveau du segment inférieur de l'utérus, le tampon à la gaze iodoformée (méthode de Duhrssen) sera avantageusement essayé.

REVUE CLINIQUE

CAS DE GROSSESSE TUBAIRE, LES DEUX TROMPES GRAVIDES, OPÉRATION, GUÉRISON

Par **A. L. Galabin**

Traduit d'après le *British medical* (1), par le Dr R. LABUSQUIÈRE

Le 7 août 1891, la femme S..., âgée de 33 ans, était admise au « *St Mary's Hospital* » (Manchester). Elle se plaignait de douleurs abdominales, de défécation et de menstruation douloureuses. Elle était restée mariée dix ans, et la première grossesse était survenue un an après le mariage; la dernière datait de quatre ans environ. La seconde grossese se termina par avortement, la troisième par accouchement prématuré (enfant putréfié), mais, les première, quatrième et cinquième arrivèrent à terme, et, de plus, accouchements et suites de couches furent normaux. Première menstruation à 14 ans, et jusqu'il y a deux années, menstruation régulière bien que douloureuse. Depuis lors, règles trop fréquentes et excessives.

La dernière menstruation, avant l'admission de la femme à l'hôpital, avait eu lieu en juillet, après un intervalle de 8 à 9 semaines, c'est-à-dire que les règles avaient manqué en mai et juin. Tout le mois de juin, elle avait gardé le lit, éprouvant des douleurs dans le ventre, qui se produisaient surtout à l'occasion de la défécation. A la même époque, elle souffrit aussi de nausées, ressentit des douleurs dans les seins, mais sans que jamais l'idée lui vînt qu'elle fût enceinte.

Examen : Utérus normal comme volume et comme position; mobilité légèrement diminuée. Au niveau du ligament large gauche et tout près de l'utérus, on constate une masse, du volume d'une orange. Mais, à cause de la sensibilité extrême, de la douleur développée par la palpation bimanuelle, il ne fut pas possible de la délimiter exactement. La laparotomie fut proposée à la ma-

(1) *British med. Journ.*, 10 octobre 1892, n° 1657, p. 732.

lade, et acceptée. Mais, pour des motifs spéciaux, la femme dut quitter l'hôpital sans avoir été opérée.

Elle y retourna le 14 décembre 1891. A cette époque, elle était très fatiguée par une bronchite. Elle souffrait encore pendant la défécation, mais d'autre part, les règles s'étaient montrées régulièrement depuis la dernière semaine de juillet. A l'examen bimanuel, on constata que l'utérus était tel qu'il avait paru dans l'examen précédent. Quant à la tumeur qui siégeait au niveau du ligament large, et qui put être délimitée, elle avait la grosseur d'un œuf de poule et parut demi-kystique.

Les symptômes pelviens étant moins accusés que jadis, on jugea qu'il était préférable de remettre l'opération jusqu'à ce que la toux se fût améliorée. En conséquence, la femme ne rentra à l'hôpital que le 19 février 1892. On apprit alors, qu'elle avait eu ses règles en décembre, mais qu'elles avaient manqué en janvier, et s'étaient montrées de nouveau, en février, deux jours avant la réadmission. Durant les sept semaines d'aménorrhée, la femme avait été sujette à beaucoup de malaises.

Le 21 février, après cessation de l'écoulement menstruel, nouvel examen qui indiqua les modifications suivantes : l'utérus était toujours normal comme grosseur et comme situation, la tumeur au niveau du ligament large se présentait avec les mêmes caractères, mais, à droite de l'utérus, on constatait une tuméfaction, paraissant kystique, et qui s'étendait transversalement en arrière de la matrice.

L'opération fut décidée pour le 26 février. Le 25, on administra à la malade un laxatif qui provoqua plusieurs garde-robes. A onze heures du soir, elle fut tout à coup prise de vives douleurs dans le bas-ventre, eut des vomissements et se sentit tout à fait faible. Le chirurgien de l'hôpital, le Dr Helme, la vit et constata une grande excitation. Il pratiqua un examen vaginal, et trouva les choses dans le même état qu'auparavant ; seulement, la paroi abdominale était plus contractée, et le palper plus douloureux. Pouls à 100 et faible. On pensa qu'il s'était produit une rupture tubaire. Néanmoins, la femme se remit promptement, et le lendemain je fis la laparotomie.

Opération. — Incision, longue de trois pouces suivant la ligne blanche. Dès l'incision du péritoine, on constata que les bords de la séreuse étaient épaissis. Au même moment, il s'écoula du sang

liquide mêlé de caillots. Passant les doigts à travers l'incision, j'explorai les organes pelviens, et durant cette manœuvre, il s'écoula en plus grande abondance du sang qui était demi-coagulé. L'utérus était en position normale et non augmenté de volume. Il y avait au niveau du ligament large gauche une tuméfaction kystique, de la grosseur d'une orange ; à droite, et en arrière de l'utérus, il en existait une autre semblable.

Comme les deux tuméfactions adhéraient aux organes voisins, et qu'il était difficile de les libérer de leurs connexions, j'introduisis dans le vagin deux doigts de la main droite, avec lesquels je pressai sur la voûte vaginale, tandis que de la main gauche, je détruisis les adhérences; la manœuvre me fut d'un grand secours (1). Je séparai d'abord la tumeur droite. L'attirant alors au niveau de l'incision abdominale, je vis qu'elle était de couleur rouge sombre et qu'elle était constituée par la trompe de Fallope distendue par du sang. L'ovaire droit, plus petit qu'à l'état normal, sain du reste, adhérait à la trompe. Après ligature du ligament large droit, extirpation de la trompe et de l'ovaire.

Passant au côté gauche, je constatai que la tumeur était un peu plus volumineuse et un peu plus molle. Les adhérences détruites, la trompe gauche se trouva presque énucléée, et il suffit de jeter une simple ligature sur son pédicule. L'ovaire gauche était petit et aplati, et si adhérent au ligament large qu'il ne fut fait aucune tentative pour l'enlever. Je lavai ensuite le ventre avec de l'eau chaude à la température de 114° F. (45° *cent.*) ce qui entraîna un certain nombre de caillots restés cachés entre les anses intestinales et qui, sûrement, n'auraient pas été évacués si je m'étais contenté d'éponger la cavité pelvienne. L'irrigation abdominale fut continuée jusqu'à ce que l'eau revînt limpide. Drainage, au moyen d'un tube en verre. Fermeture de la plaie abdominale au moyen de bonnes sutures, et pansement sec avec du coton sublimé.

Suites opératoires. — L'opérée ne présenta pas de symptômes accusés de shock. Elle se remit vite de l'anesthésie et du traumatisme opératoire. Mais, plusieurs jours durant, elle accusa des douleurs et des malaises (nausées). Pendant les 24 premières heures, le liquide évacué par le tube à drainage était du sang pur,

(1) L'auteur a réalisé avec ses doigts ce que l'on cherche à obtenir avec le ballon de Petersen : rendre les parties plus accessibles.

dans les 24 heures qui suivirent ce fut un liquide séro-sanguin ; 12 heures après il ne s'écoulait plus que du sérum; le tube fut enlevé.

La température offrit peu d'irrégularités. Le soir de l'opération, elle atteignit 100°,2 F. (38° *cent.*), le pouls était à 104. Le maximum thermique fut 100°,4, il fut atteint le quatrième soir. Le pouls se tint entre 80 et 90, sauf dans 3 circonstances où il dépassa 100.

Le lendemain de l'opération, les règles se montrèrent. Elles durèrent 3 jours ; dès qu'elles eurent pris fin, l'état nauséeux disparut et les douleurs devinrent moins pénibles. Le 7e jour, on enleva un certain nombre de sutures, les autres le 12e.

L'opérée quitta l'hôpital le 26 mars. Revue le 26 juillet, on put constater que son état général s'était grandement amélioré. Elle avait engraissé et respirait la santé, et elle avait pu vaquer aux affaires de son ménage. Depuis sa sortie de l'hôpital, la menstruation s'était faite régulièrement et avec peu de souffrances. Comme elle était justement réglée à cette date, on s'abstint d'examen vaginal.

Examen des pièces. — Il fut fait par Bland Sutton qui écrivit à ce sujet le rapport suivant : « J'ai reçu du Dr Walter deux trompes de Fallope oblitérées et distendues. La gauche était beaucoup plus

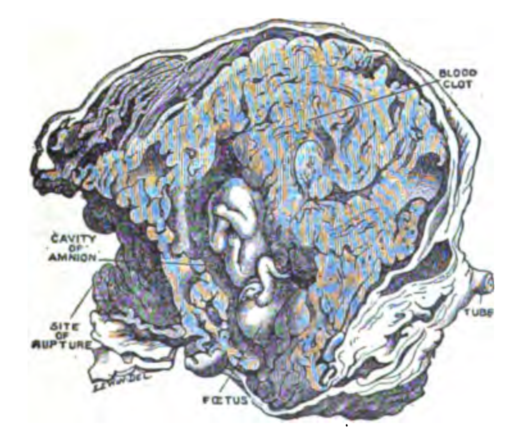


Fig. 1. — Trompe gauche en coupe.

considérable que la droite, et présentait près de son extrémité

externe, dans l'épaisseur de sa paroi, une déchirure qui laissait voir quelques caillots sanguins, fermes. L'oviducte était interrompu dans sa longueur et principalement occupé par un œuf apoplectique (môle tubaire); la cavité amniotique contenait un embryon long de 6 cent. L'embryon était si saturé de sang que, par sa couleur, il ressemblait aux caillots dont il était entouré. (Voir fig. 1.)

- A l'examen de la trompe droite, on constata que l'extrémité

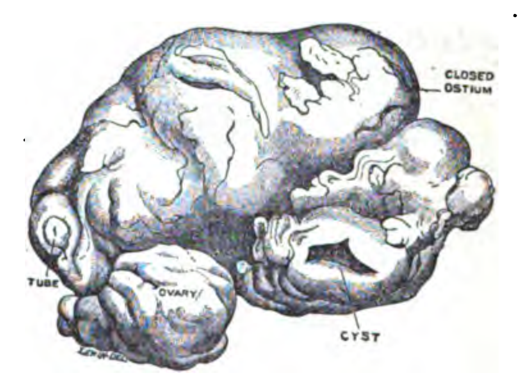


Fig. 2. — Trompe droite.

abdominale était complètement oblitérée, et que les parois tubaires étaient parfaitement intactes. Intérieurement, l'oviducte était

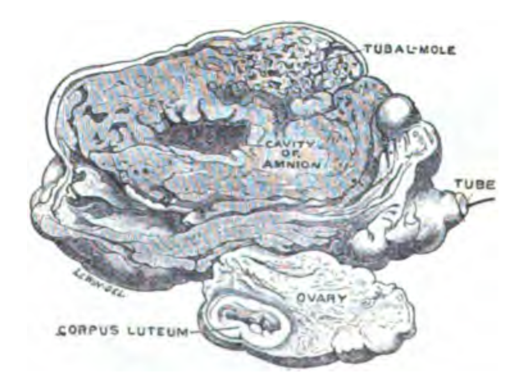


Fig. 3. — Trompe droite en coupe.

occupé par une môle tubaire. La cavité amniotique existait encore mais on ne put découvrir d'embryon. (Voir fig. 2 et fig. 3.)

Une portion de la trompe et de la môle fut préparée pour être soumise à l'examen microscopique. Cet examen permit de constater des villosités choriales réunies en amas, et fournit la preuve formelle que le caillot organisé dans la trompe droite était une môle tubaire. Dans ce cas, on a eu affaire à une double grossesse tubaire, mais beaucoup plus avancée dans la trompe gauche. L'état des parties n'a pas permis de déterminer l'âge respectif des deux grossesses.

RÉFEXIONS. — A ma connaissance, c'est le premier exemple, formel, d'une *grossesse tubaire bilatérale*. On a cité 3 cas, dans lesquels le fait s'était peut-être produit, mais la démonstration ne fut pas complète.

Rowan a décrit un cas, dans lequel il avait opéré une femme âgée de 23 ans, qui présentait tous les signes d'une rupture de la trompe gravide. La trompe droite était dilatée jusqu'au volume d'un œuf de poule, et à la section il constata une masse de tissu placentaire qui adhérait solidement à l'une des parois de l'oviducte. Il ne douta pas qu'il se trouvait en présence d'une grossesse tubaire de six ou sept semaines en voie de régression. D'autre part, la trompe gauche était transformée en un kyste du volume d'une orange plein de sang grumeleux.

Doran a donné une relation très détaillée d'un cas dans lequel il avait opéré et trouvé la trompe droite occupée par une môle typique, l'ostium tubaire était largement béant. L'oviducte gauche était en outre dilaté et rupturé. Il y avait beaucoup de sang libre dans la cavité péritonéale, mais il fut impossible de découvrir le moindre vestige ovulaire.

Dr Savage a montré un exemple probable de grossesse tubaire bilatérale. A droite, la trompe était rompue dans sa portion centrale donnant issue à une môle apoplectique. A gauche, on trouva une tumeur, grosse comme un poing fermé et pleine de sang noir, qui adhérait à l'épiploon et à l'intestin. L'aspect de l'oviducte, distendu dans sa portion ampullaire, faisait penser à un « avortement tubaire ».

Il est regrettable qu'on ne se soit pas appliqué, dans ce

cas, à avoir la démonstration absolue qu'il s'agissait bien d'un second œuf.

Au total, dans aucune de ces 3 observations, l'existence d'une double grossesse tubaire n'a été rigoureusement démontrée (1).

REVUE GÉNÉRALE

TRAVAUX RÉCENTS SUR LA PATHOLOGIE DES DIVERS CANCERS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME (1885-1891) (2).

Par **Rudolf Beneke**.

Traduction par le Dr R. Labusquière.

I. — Ovaires.

Dans l'important travail de Cohn (3) sur les tumeurs malignes de l'ovaire, travail qui fut fait surtout à un point de vue chirurgical et avec 100 cas de la clinique de Schröder (sur un ensemble de 600 ovariotomies), ces tumeurs sont classées de la façon suivante : 1) Sarcome, très rare ; 2) Carcinomes vrais, solides, également rares ; en général, ces néoplasmes affectent la forme de l'ovaire ; histologiquement,

(1) Depuis que ce travail a été fait, Mackenrodt (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd XXIII, Hft 1, p. 301) a publié un cas de grossesse tubaire bilatérale, qu'il a observée chez une femme âgée de 32 ans. En mai 1890, la femme fut prise de symptômes militants en faveur de la rupture d'une trompe gravide ; l'opération est refusée. En octobre 1891, mêmes symptômes. A cette occasion, la laparotomie fut faite. On trouva : 1) la trompe gauche gravide, ayant les dimensions d'un œuf d'oie ; 2) la trompe droite, contenant des os de fœtus.

(2) La traduction que nous publions ici contient tout ce qui peut intéresser nos lecteurs dans un travail général sur la *Pathologie du cancer*, travail publié dans le « *Schmidt's Jahrbücher* » de cette année (N.D.L.R.).

(3) Cohn. Die bösartigen Geschwülste d. Eierstöcke, vom klinischen Standpunkt betrachtet. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XIII, 1, p. 89, 1886.

les constituent plusieurs variétés (squirrhe, carcinome médullaire). Ils s'accroissent lentement, mais sont d'une grande malignité en raison de leur tendance à intéresser de bonne heure tissu cellulaire pelvien, ganglions et péritoine. La plupart du temps le processus est bilatéral et se rencontre dans l'âge avancé bien qu'on puisse aussi l'observer chez des enfants ; 3) Kystome avec dégénérescence carcinomateuse, souvent de grande malignité, et très sujet à récidiver. En beaucoup de cas, la dégénérescence ne frappe qu'un seul point de la paroi, ou bien il arrive que quelques kystes seuls sont pleins d'éléments cancéreux ; 4) Papillomes qui dans toutes les formes anatomiques vont du néoplasme de bonne nature au néoplasme malin, mais qui, cliniquement et dans l'ensemble, en raison du danger toujours existant d'une dégénérescence maligne, doivent être traités comme malins ; le plus souvent, le papillome est bilatéral et son accroissement lent ; il peut infecter le péritoine ; 5) Papillome pur (très rare), dans lequel les papilles, à la surface de l'ovaire, proéminent librement dans la cavité péritonéale ; 6) Myxomes de nature maligne, mais, histologiquement, de caractère indéterminé.

Diagnostic. — 1) Les *sarcomes* se distinguent par leur évolution rapide et l'émaciation précoce ; néanmoins, le diagnostic reste incertain, les menstrues ne présentent aucune déviation caractéristique du type normal ; 2) les *carcinomes*, sont, *non toujours*, bilatéraux. Les règles sont tôt supprimées, et de bonne heure apparaissent ascite et œdèmes. L'existence dans l'espace de Douglas de masses compressibles est significatif (Schröder) ; 3) la dégénérescence cancéreuse de kystes glandulaires devient probable, quand de ces tumeurs, après être restées longtemps stationnaires, se mettent à augmenter rapidement de volume et que l'on voit survenir de l'ascite, des œdèmes et la cachexie ; 4) la forme papillaire ne peut être distinguée des précédentes que lorsque les végétations papillaires apparaissent à la surface ; le fait qu'elle est souvent bilatérale doit être également pris en considération.

Quant à la ponction exploratrice, Cohn la considère, non seulement comme inutile, mais comme réellement dangereuse en raison de l'infection possible du péritoine ; par contre, il conseille, dans les cas douteux, de recourir à la laparotomie exploratrice.

Freund (1), d'une manière générale, ne pense pas que les tumeurs malignes de l'ovaire soient aussi fréquentes que le dit Cohn. Si, dans les faits cliniques utilisés par ce dernier, il s'est rencontré une forte proportion de ces tumeurs malignes, c'est que la plupart des femmes atteintes d'affections à évolution bénigne se font traiter chez elles. Relativement au diagnostic, Freund signale l'existence d'un épanchement pleurétique qu'il a constaté 10 fois sur 12 ; il s'agit d'un simple transsudat (se propageant, d'après Freund, de l'abdomen), qui apparaît assez tard au cours de la maladie, et aussi bien dans les cas de papillomes carcinomateux que de carcinomes véritables et de sarcomes. En général, Freund a constaté que les règles n'étaient pas troublées dans les cas de tumeurs malignes.

Lerch (2) résume la symptomatologie d'après l'histoire clinique de 22 cas de cancer de l'ovaire. Selon cet auteur, le cancer se développerait de préférence sur les ovaires kystiques ; très fréquemment il est bilatéral (d'après Lerch dans le rapport de 22 : 14, d'après Léopold de 63 : 33). La forme des tumeurs est sphérique, bosselée ou lisse. De 22 femmes 18 étaient mariées, cependant, la valeur étiologique de cette condition n'est pas définitivement établie. La plupart du temps le cancer survient pendant ou après la ménopause, (d'autres auteurs acceptent une date encore plus précoce, par exemple, le moment de la plus grande activité sexuelle). L'allure du développement fut très différente. Les règles furent tantôt excessives tantôt diminuées. Durée très varia-

(1) FREUND. Ueber d. Behand. bösart. Eierstocksgeschwülste. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XVII, 1. 1889.

(2) LERCH. Beitrag zur Kenntniss. u. Behandlung des Carcinoms der Ovarien. *Arch. f. Gyn.*, XXXIV, 3, 1889, et Inaug. Diss. Bern., 1889, Huber.

ble de l'évolution morbide. Ascite, très souvent métastases hépatiques.

Leopold (1) a trouvé une proportion relativement élevée de tumeurs ovariques malignes. Ainsi sur 116 tumeurs ovariques, 19 cystomes papillaires ou carcinomes.

Krukenberg (2) a décrit, en même temps que rassemblé les faits analogues, un cas de présence simultanée sur le même ovaire de carcinome et de kyste dermoïde. Il s'agissait d'une femme de 43 ans. La tumeur ovarique de la grosseur d'une tête d'enfant était composée de deux kystes dermoïdes ; dans le plus volumineux, les cônes épithéliaux étaient en partie étranglés et se prolongeaient dans la couche connective externe de la tumeur. Sur la plus grande portion de la paroi kystique, on constatait du cancer à épithélium pavimenteux avec globes épithéliaux ; d'autre part, le cancer proéminait librement en dehors de la paroi. En outre, il existait sur l'épiploon, des métastases de nature cancéreuse. Dans la plupart des cas recueillis dans la littérature médicale, il s'agissait aussi de dégénérescence cancéreuse du réseau de Malpighi, et également de cancroïde.

Relativement à la production de formations cancéreuses sur la cicatrice abdominale à la suite de l'extirpation de kystes ovariques de bonne nature, Frank (3) a fait une communication basée sur 2 cas. Dans ces 2 cas Chiari avait, de par l'examen histologique, conclu à des kystes de bonne nature, qui aboutirent ultérieurement à un adéno-carcinome.

Gruss (4) a publié un cas observé par Ahlfeld, dans lequel la femme mourut de cancer du péritoine et de la vésicule biliaire, 5 mois après l'extirpation d'un kyste multiloculaire, absolument de bonne nature (Marchand) ; évidemment, le néoplasme malin existait déjà à l'époque de l'opération.

---

(1) LEOPOLD. Ueber die Häufigkeit der malignen Ovarialtumoren u. ihre operative Behandlung. *Deutsch med. Wochsch.*, XIII, 4, 1887.

(2) KRUKENBERG. Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Carcinom u. Dermoidcyste in ein u. demsellen Organ. *Arch. f. Gyn.*, XXX, 2, 1887.

(3) FRANK. *Prager med. Wchschr.* XVI, 22, 1891.

(4) GRUSS. *Ueber Carcinom der Unterleibsorgane.* Inaug. Diss. Marburg 1886.

II. — Trompes de Fallope.

A la Société obstétricale et gynécologique, Orthmann (1) a communiqué un travail sur le cancer primitif, très rare de la trompe. Dans ce travail, il a condensé ce qui a paru dans la littérature médicale sur la question. Il a observé lui-même un cas de carcinome papillaire dans lequel, simultanément, étaient survenus deux abcès de l'ovaire avec dégénérescence partielle, secondaire de la paroi Au cours de la discussion, plusieurs des chirurgiens s'accordèrent à reconnaitre la rareté du cancer primitif de l'oviducte.

Eberth et Kaltenbach (2) ont signalé comme stade prémonitoire du carcinome vrai, un papillome de la trompe, avec structure papillaire typique même au niveau des espaces kystiques étranglés, le papillome n'avait qu'en partie pénétré dans la musculeuse, et on n'était pas encore justifié à le dénommer carcinome vrai. Kaltenbach (3) a également décrit un carcinome *bilatéral* de la trompe. Schede a vu (4) un carcinome tubaire, *primitif*, qui avait son point de départ dans une corne utérine ; enfin, Doran (5) opéra un cas de ce genre, de la trompe droite ; déjà, au moment do l'intervention, il existait de petits foyers métastatiques sur l'ovaire droit. Lorsque la femme, âgée de 48 ans, succomba 9 mois plus tard des suites d'une récidive sur le moignon opératoire et sur la muqueuse utérine, on constata que les foyers métastatiques consistaient en cancer alvéolaire, avec grosses cellules rondes. La tumeur principale paraissait vraisemblablement être partie des glandes de la trompe, peut-être comme stade ultérieur du développement d'un papillome inflammatoire. Doran signale la lenteur du développement de cette variété de carcinome secondaire, lequel est en tout cas beaucoup plus lent que celui du cancer primitif de l'ovaire.

(1) ORTHMANN. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XV, 1, p. 212, 1888.

(2) EBERTH et KALTENBACH. Papillom d. Tuben. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* XVI, 2, p. 357, 1889.

(3) KALTENBACH. *Berl. klin. Wchschr.*, XXVI, 25, 1889.

(4) SCHEDE. *Deutsch. med. Wchschr.*, XVI, 23, 1890.

(5) DORAN. Primary cancer of the Fallopian tube. *Tran. of the pathol. Soc. of Lond.*, XXXIX, p. 208 ; 1888, et, XL, p. 221 ; 1889.

III. — **Utérus**.

Les notions introduites, dans les dernières années, par Abel et Landau (1) sur la dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse utérine dans les cas de carcinome de la portion vaginale suscitèrent un vif intérêt. Abel avait, dans 6 cas, trouvé la muqueuse utérine en voie de prolifération; on y voyait des cellules fusiformes, susceptibles de se transformer en cellules épithéliales volumineuses, ou des cellules rondes. Ces bourgeonnements, ainsi que leurs rapports avec les vaisseaux sanguins furent d'autant plus facilement considérés par Abel et Landau comme du sarcome, que Waldeyer, lui aussi, s'était dans un cas semblable rallié à la même interprétation.

L'opinion première que la dégénérescence sarcomateuse est la règle, se trouva dans la suite modifiée par les auteurs, et l'on admit qu'elle peut se produire dans certains cas, mais que dans les autres, il s'agit de processus purement inflammatoires. Anatomiquement, on n'est pas autorisé à exclure le diagnostic de sarcome dans ces cas qui se distinguent par la présence de cellules fusiformes en voie de transformation, de petites cellules rondes jusqu'aux volumineux éléments épithélioïdes, alors que Virchow lui-même a déjà décrit une infiltration sarcomateuse, diffuse de la muqueuse utérine. Peut-être s'agit-il dans ces cas d'un stade prémonitoire du cancer, hypothèse en harmonie avec l'origine connective de ce dernier. Quant aux cellules de l'endométrite fongueuse et aux cellules déciduales, la différence est nette : les cellules sarcomateuses sont ovoïdes, plus petites que les cellules déciduales, et se disposent en tractus épais caractéristiques.

Contre les idées émises par Abel et Landau s'élevèrent

(1) ABEL et LANDAU. Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskorpers bei Carcinom der Portio. *Arch. f. Gynæk.*, XXXII, 2, 1888; Beitrag zur pathol. Anat. d. Endom. *Arch. f. Gyn.*, XXXIV, 4, 1888; *Arch. f. Gyn.*, XXXV, 2, 1889.

de tous côtés des objections, qui visèrent l'interprétation adoptée par eux que ces bourgeonnements de la muqueuse utérine étaient du sarcome, mais non l'état anatomique qu'ils avaient décrit. Ainsi Eckard (1) considéra qu'il s'agissait de prolifération de bonne nature du tissu interglandulaire, et de même Fränkel (2) qui avait observé le même état anatomique. Thiem (3), Saurenhaus (4) qui se basèrent sur des séries importantes de recherches, faites dans 50 cas, et qui, s'ils trouvèrent toujours un développement, souvent très accusé, de cellules fusiformes dans le tissu interglandulaire, ne constatèrent jamais du sarcome vrai; il s'agissait seulement de formes *différentes* d'endométrite de bonne nature. Elischer défendit la même manière de voir, et décrivit plus minutieusement les formes de cette endométrite dans 8 cas (dont deux, avec métastases carcinomateuses sur la muqueuse utérine, ainsi qu'Abel et Landau en avaient observé), et en facilita l'intelligence par un certain nombre de planches instructives. Pour cet auteur, le fait capital consiste dans une prolifération réelle, conséquence d'une irritation chronique de la muqueuse dont l'existence peut être démontrée par l'examen de fragments de muqueuse. Cette irritation chronique produit l'endométrite interstitielle atrophique, l'endométrite glandulaire, en outre les formes mixtes de ces deux variétés, et une atrophie réelle de la muqueuse; cette endométrite est identique à celle, spéciale, dont parle Hofmeier (Schröder's Handbuck, 10 Aufl.). Elischer constata le même état anatomique qu'Abel, mais jugea l'interprétation erronée, et attribua l'erreur d'interprétation

(1) Eckardt. Verhandl. der 2 Versamml. der Gynäkologen. Halle, 1888, *Arch. f. Gyn.*, XXXII, 1888.

(2) Fraenkel. Ueber die Veranderungen der Endometrium bei Carcinoma cervicis uteri. *Arch. f. Gyn.*, XXXIII, 1, 1888.

(3) Thiem. Naturforscherversammlung. Cöln, 1888, *Arch. f. Gyn.*, XXXIII, 1888.

(4) Saurenhaus. Ueber das Verhalten d. Endometrium bei Carcinom der Portio vaginalis. *Zeitsch f. Geburt. u. Gyn.*, XVIII, 1, p. 9, 1890.

à un défaut de technique dans le traitement des coupes.

De l'*adénome* de la muqueuse, Abel et Landau (1) ont dit qu'il n'est malin que lorsqu'il a envahi la musculeuse ou qu'il a donné lieu à des métastases ; sa structure anatomique ne permet pas de poser formellement le diagnostic du cancer, lorsqu'on dispose en particulier de fragments de tissu dans lesquels la musculeuse n'est pas intéressée.

Fürst (2) a, sur cette question, fourni un travail clinique intéressant : il a observé une femme atteinte d'un adénome du col, lequel ne donnait au début lieu qu'à des symptômes très légers alors que déjà le microscope décéla une prolifération glandulaire atypique avec stroma conjonctif jeune (Hubert). L'opération fut refusée ; mort 1 heure 1/2 après par cancer utérin. De ce fait Fürst conclut à la nécessité de l'extirpation totale dès les premières périodes, reconnaissables seulement avec le secours du microscope, de l'adénome cervical *suspect*.

Comme signes *macroscopiques* du cancer de la portion vaginale au début Stratz (3) donne : Partout, délimitation nette des points suspects par rapport aux tissus voisins ; 2) différence de niveau des tissus dégénérés et des tissus voisins ; 3) *coloration jaune, légère, régulière* du carcinome ; 4) la plupart du temps, on constate, sur quelques points au moins du carcinome, des inégalités jaune-blanchâtre, finement granuleuses.

Veit (4) a fait un travail dans lequel il dit que le *carcinome du corps* attaque surtout les nullipares, mais que cependant, on le rencontre aussi chez des femmes qui ont accouché ; en sorte qu'on ne saurait établir à ce point de vue un rap-

(1) ABEL et LANDAU. Beitr. zur Pathol.-Anat. d. Endometrium. *Arch. f. Gyn.*, XXXIV, 4 ; 1888.

(2) FURST. Ueber suspektes u. malignes Cervix-adenom. *Zeitsch. f. Geb. u Gyn.*, XIV, 2, p. 352, 1888.

(3) STRATZ. Zur Diagnose der beginnenden Krebs an der Portio. *Zeitsch f. Geb. u. Gyn.*, XIII, 1, p. 89 ; 1886.

(4) VEIT. Zur Kenntniss d. Carcinoma corporis uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XII, 2, p. 455 ; 1886.

port étiologique certain. Chez les femmes, atteintes de cancer utérin, la ménopause se serait en général établie très tardivement, la plupart du temps vers 49 ans.

Krysinsky (1) signale l'augmentation de volume du corps de l'utérus du fait du cancer du corps de l'organe.

Dans un cas, il y avait cancer glandulaire chez une nullipare, dont l'utérus depuis 8 ans déjà était augmenté de volume. L'utérus, qui fut enlevé, était très volumineux, et l'hypertrophie résultait : 1) d'une endométrite chronique, et 2) de la néoplasie cancéreuse. Les organes voisins n'étaient pas atteints ; Krukenberg (2) a décrit 5 cas de cancer primitif du corps de l'utérus.

Ont publié encore des cas spéciaux : Flaischlen (3), un cas de carcinome avec coexistence de myômes, 2 cas de carcinome du col avec cancer du corps ; Hofmeier (4) un cas de cancer de la portion avec cancer glanduleux de la muqueuse du col ; Charrier (5) cancer glandulaire du corps avec cancer pavimenteux au début du col ; Ullmann (6), prolapsus total de l'utérus chez une femme âgée de 81 ans avec carcinome de l'orifice (très rare) ; Hofmeier (7), cancer de l'utérus avec myôme. De cette même association se sont également occupés Venn (8), et Wagner (9) lequel ne considère pas comme définitivement établie la relation étiologique entre le myôme et le carcinome. Le myôme, d'après son expérience, peut être complètement traversé par le carcinome ou non, même quand

(1) KRYSINSKY. Ein Fall von Schleimhautkrebs der Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XII, p. 1 ; 1886.

(2) KRUKENBERG. Falle von primärem. Uteruskörpercarcinom. *Niederrhein. Gesellsch. Bonn* 17 mai 1887, *et Berl. klin. Wchschr.* XXIV, 14, 1887.

(3) FLAISCHLEN. Zur Radikaloperation des Carcinoma uteri. *Deutsch. med. Wochnsch.* XVI, 30, 1890.

(4) HOFMEIER. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* XIII. 1886.

(5) CHARRIER Epithélioma du corps de l'utérus. *Bull. de la Soc. anat.*, octobre 1890.

(6) ULLMANN. Carcinoma uteri prolapsi. *Wien. med. Press*, XXX, 50, 1889.

(7) HOFMEIER. *Berl. klin. Wchschr.* XXIV, 31, 1887.

(8) VENN. Inaug. Dissert. Giessen. 1889.

(9) WAGNER. *Deutsch. med. Wchschr.*, XIV, 29, n° 30, 1888.

la capsule elle-même est tout à fait affectée. Benckiser (1) décrit un cas dans lequel toute la muqueuse utérine, indépendamment d'un polype inséré sur le fond de l'organe, était superficiellement envahie par un carcinome, sans que le néoplasme affectât les couches profondes. Le travail de Berns (2) possède un intérêt surtout chirurgical. Mayer (3) trouva chez une femme qui fut emportée par des hémorrhagies qui persistèrent après extirpation d'une môle vésiculaire, des foyers de cellules épithéliales avec dégénérescence hyaline, dans les vaisseaux lymphatiques, dans la couche musculeuse, et au centre des cellules connectives; la muqueuse manquait. Mayer étiquette ce cas, *épithéliome papillaire*.

IV. — Vagin et vulve.

Au point de vue de l'étiologie du *cancer du vagin*, Mayer (4) relate un cas dans lequel un cancer se serait développé sur la paroi vaginale postérieure à la suite de l'usage du port prolongé d'un pessaire. Zigold (5) en observa un du volume d'une tête d'enfant, consécutif au frottement contre la cuisse dans un cas de prolapsus, et affectant la forme d'un cancroïde ulcéré, plat. Il attribue la rareté relative du cancer du vagin en comparaison de celui de l'utérus, à la rareté des glandes vaginales et à la faible irrigation artérielle de l'épithélium vaginal. Torggler (6) décrit 3 cas de cancer primitif du vagin, Fischer un. Mundé décrit 2 cas de cancer primitif de la vulve et du vagin.

---

(1) BENCKISER. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XXII, p. 336, 1891.

(2) BERNS. Ueber Exstirpation u. Amputationen wegen carcinoma Uteri. *Deutsch. Zeitschr. f. Chir*,. XXVII, 1888.

(3) MAYER. Ein Fall von zerstörender Wucherung zurückgebliebener myxomatöser Chorionzotten (Epithelioma papillare). *Arch. f. Gyn.*, XXXII, 1, 1888

(4) MAYER. Zur Aetiologie des Scheidenkrebses. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XXII, 1, p. 179, 1891.

(5) ZIGOLD. Primare Krebs der Vagina. *Münch. med. Wchschr.*, XXXVI, 6, 7; 1889.

(6) TORGGLER. 3 Falle von primaren Scheiden-carcinom. *Bericht d. geburtsh. gynäk. Klinik in Innsbruck.* Prag., 1888.

Bex (1), Dauriac (2) et Maurel (3) ont publié des travaux consciencieux sur le carcinome de la vulve. Bex a déclaré qu'au niveau du vestibule, du clitoris, des grandes et petites lèvres surviennent des processus, semblables à la leucoplasie buccale, qui peuvent se transformer en cancer. Maurel admet cette origine. En d'autres cas, le cancer serait causé par des traumatismes, des ulcères syphilitiques, etc. Le carcinome peut atteindre la grosseur d'un œuf de poule et sa surface s'étaler en chou-fleur ; il est pédiculé ou s'insère largement. La plupart du temps, le cancer du clitoris s'accompagne d'infiltration des lèvres ; plus tard, surviennent des ulcérations irrégulières qui saignent facilement. L'évolution est très lente ; la guérison même doit être possible. Dauriac a également confirmé cette lenteur de l'évolution. Enfin, le cancer en chou-fleur du clitoris peut souvent se propager aux tissus voisins et dans un large rayon.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance de juillet 1892.

PRÉSENTATIONS : BUDIN, au nom de Reverdin (de Genève) : a) **dilatateur irrigateur**, b) **trocart irrigateur**.

LOVIOT 1) fait de **grossesse prolongée**, observée chez une primipare, âgée de 21 ans qui, toujours, avait été très régulièrement menstruée. Accouchement 307 jours après le dernier jour des règles ; donc, *durée minima* de la grossesse : 284 jours. Constatation d'un demi effacement du col utérin 1 mois avant le début du travail proprement dit, d'un effacement complet 11 jours avant ce début. O. I. D. P. non réduite spontanément. Réduction manuelle par le

(1) BEX. Leucoplasie et cancroïdes de la muqueuse vulvo-vaginale, 1887. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1888.

(2) DAURIAC. Du cancer primitif de la région clitoridienne. *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1888.

(3) MAUREL. De l'épithéliome vulvaire primaire. *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1888.

procédé de l'auteur. Glissement des cuillers pendant le décroisement des branches (la branche droite ayant été introduite la première après la transformation de l'O. I. D. P. en O. I. D. A.), d'où retour de l'occiput en arrière et reproduction de la variété postérieure. Dégagement en O. sacrée. Enfant vivant, pesant 3,300 gr., organes maternels intacts.

2) L'échec éprouvé dans le cas précédent du fait du glissement des cuillers pendant le décroisement des branches, a conduit l'auteur à imaginer une **nouvelle articulation pouvant convenir à tous les forceps à branches croisées, pour permettre à la branche femelle placée en dessous de s'articuler avec la branche mâle sans décroisement préalable et ne nécessitant pas une brisure de l'une des branches, et au niveau de cette brisure une charnière comme dans le forceps de Tarsitaux** M. Loviot présente un forceps dans lequel la modification dont il s'agit a été réalisée.

Budin présente une pièce pathologique qui a été expulsée par une primipare. La femme dont il s'agit avait eu ses dernières règles 11 mois auparavant, et, en raison des phénomènes observés, on pensa à l'existence d'une grossesse. Elle présenta ensuite des accidents, dont des hémorrhagies répétées et persistantes. Examinée dans les derniers temps par M. Budin, il pensa, de par l'analyse des symptômes et des signes fournis par l'examen obstétrical, qu'il s'agissait bien d'une **grossesse, mais avec mort du fœtus et rétention de l'œuf.** On fit l'accouchement provoqué qui se termina par l'expulsion de la pièce pathologique en question. Au résumé, il s'agissait bien d'un œuf, mais qui avait subi des altérations considérables; il avait une apparence charnue et pesait 300 gr. Il présentait deux parties distinctes, a) l'une extérieure, b) l'autre intérieure. L'intérieure, représentant les parois d'une cavité, était constituée par l'amnios, qui, par places, était refoulé vers l'intérieur, de façon à former 13 tumeurs, pyriformes, du volume d'une grosse noix et dont la masse centrale était du sang coagulé. L'extérieure, qui enveloppait de toutes parts la précédente, était formée par des caillots fibrineux anciens. Dans l'œuf, il n'y avait plus traces ni de fœtus ni de cordon, ni de liquide amniotique; ces parties s'étaient résorbées.

Bernhein lit un mémoire sur une **observation de fœtus mort et momifié. Séjour du produit de conception pendant onze mois dans l'utérus normal. Accouchement provoqué. Guérison.**

RL..

REVUE ANALYTIQUE

CANCER UTÉRIN

Sur une forme rare de carcinome secondaire de l'utérus (Ueber eine seltene Art von secundäreus carcinom des Uteruskörpers), A. Benckiser. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXII, Hft 2, p. 337.

Dans ce cas le néoplasme s'est exclusivement localisé sur l'épithélium superficiel, ce qui est une variété extrêmement rare. Ruge a bien signalé cette invasion secondaire de la muqueuse du corps de l'utérus, mais en la signalant comme tout à fait exceptionnelle.

Obs. — Femme de 59 ans, mère de 4 enfants, le dernier âgé de 20 ans. Depuis 3 mois environ, elle avait un écoulement d'abord aqueux, puis sanguinolent et fétide. Survinrent des hémorrhagies irrégulières et de l'amaigrissement. *Examen* : carcinome étendu du col, en voie de nécrose, ayant transformé la plus grande portion du col en une cavité pleine de masses ichoreuses et en décomposition. Bord de l'orifice externe indemne. Après curettage des tissus dégénérés, extirpation totale de l'utérus par le vagin. Or, *depuis environ 2 ans que l'opération a été faite, la femme est bien portante et l'on ne découvre pas la moindre trace de récidive.*

Examen macroscopique. — Utérus de dimensions moyennes ; de l'orifice externe au fond de l'organe 10 cent. épaisseur moyenne des parois 1 1/2 cent. Sur tous les points de l'orifice externe, épithélium normal. Immédiatement au-dessus de l'orifice externe, commence le processus de destruction profonde, qui s'étend à 5 cent. en hauteur. La paroi est, du fait du curettage, réduite à 5 millim. d'épaisseur, elle est rugueuse et irrégulièrement recouverte de caillots sanguins. Cet amincissement de la paroi du col sépare l'orifice externe, par une ligne dentelée, de la portion conservée de la muqueuse de la cavité du corps. Uue portion du corps utérin est donc prise par le processus de destruction.

Dans la cavité du corps, pas de caillots sanguins. La continuité de la muqueuse paraît partout conservée. Cependant, sa surface est irrégulière. Sur toute son étendue existent des saillies entourées et traversées par de petites dépressions. Ces saillies proéminent peu et ont un aspect finement granuleux. Sur les préparations,

saillies et dépressions présentent des différences accusées de coloration : les dépressions s'accusent sous forme d'un réseau à lignes très rouges ; les saillies sous l'aspect d'un tissu blanchâtre, trouble, moins transparent.

Plus haut, au niveau du fond de l'utérus, s'insère un polype long de 1 1/2 cent., large de 1 cent. aplati d'avant en arrière, et dont la surface est exactement semblable à celle de l'endométrium. La muqueuse du corps présente partout une épaisseur moyenne de 3 millim. et se sépare nettement de la musculeuse. Pas d'altérations de la musculeuse ou du revêtement péritonéal.

Examen microscopique. — Ce qui reste de la paroi ulcérée du col, présente une pénétration de cette paroi par des traînées de cellules épithéliales. Ces traînées sont sur certains points constituées par quelques cellules, sur d'autres, par des éléments épithéliaux agglomérés en masses affectant un aspect fungiforme et reliées les unes aux autres de façon à figurer un réseau. Dans les mailles de ce réseau, apparaissent les éléments persistants du col. Cette disposition anatomique se poursuit jusqu'à l'orifice externe mais sans se continuer avec l'épithélium normal de la portion.

Dans la portion conservée de la cavité du corps de l'utérus, la muqueuse présente partout l'aspect suivant : sur les saillies déjà décrites, l'épithélium superficiel s'est transformé en une couche plus ou moins épaisse de cellules épithéliales d'inégal volume ; à noyaux clairs, de dimensions variables, qui permettent de constater : d'une part la disposition manifestement réticulée de la substance chromophile et d'autre part les différentes phases du processus progressif et régressif. La forme des cellules varie, tantôt elles sont en ovales, allongées, tantôt polygonales par compression réciproque. Sur certains points, on voit cette couche partir des éléments épithéliaux cubiques et normalement disposés de la muqueuse saine, et sur d'autres, on voit entre lee cellules de la couche néoplasique des noyaux de cellules migratrices en voie de segmentation. En beaucoup de points, au niveau des dépressions, se voit un épithélium cubique, normal, bien commencé, qui se continue brusquement avec les éléments épithéliaux de la couche anormale. Tout le reste de la muqueuse est, jusqu'à la musculeuse, le siège d'une infiltration de petites cellules. Dans l'ensemble, on constate une diminution considérable des glandes. Il n'existe qu'un petit nombre de glandes en tubes, ramifiées en parties, et pourvues d'un épithélium cylindrique bien conservé. Quelques

glandes sont dilatées. Le carcinome n'a pas pénétré dans les glandes.

Au niveau du point de passage de la cavité par processus ulcératif à la muqueuse du corps de l'utérus, et seulement à ce niveau, on aperçoit des racines qui, émanant de la couche épithéliale, poussent jusque dans la musculeuse; elles sont formées des mêmes éléments épithéliaux que cette couche.

Le *polype* inséré sur le fond de l'organe est beaucoup plus pris par la néoplasie épithéliale que le reste du corps de l'utérus. Il est littéralement traversé par les éléments néoformés ; ces éléments ont réduit à de petits espaces les glandes nombreuses situées à la base et au sommet du polype. Ici aussi, les éléments glandulaires sont entourés par des zones plus ou moins étendues d'infiltrats de petites cellules, qui, à plusieurs reprises, enserrent les glandes. Il en résulte, indépendamment des glandes ramifiées pourvues d'épithélium cubique ou cylindrique, des espaces qui tantôt révèlent leur origine glandulaire parce qu'ils possèdent encore un peu de leur épithélium normal et tantôt ont expulsé cet épithélium au niveau de leur orifice excréteur. On aperçoit d'autres espaces, qui paraissent provenir de vaisseaux dilatés, parce qu'on voit dans leur intérieur des globules rouges. Les glandes en communication avec la surface sont en partie envahies déjà par le néoplasme : des préparations permettent de constater nettement que l'épithélium glandulaire est en voie de prolifération et que ce processus va de l'orifice des glandes vers leur profondeur.

Remarques. — Il s'est agi, dans le cas actuel, d'un carcinome du col, qui a détruit la plus grande partie de la substance de cet organe. De l'examen de la pièce, il n'est pas permis de dire, d'une façon formelle, si le néoplasme a débuté sous forme de noyau cancéreux du col ou de cancer de la muqueuse. La dernière hypothèse, en raison du mode de propagation par en haut, est la plus vraisemblable.

Le trait essentiel dans la marche du néoplasme, c'est que, de toute la muqueuse du corps de l'utérus, seul l'épithélium superficiel a été d'abord affecté : glandes et tissu connectif sont restés indemnes. Les choses se comportent-elles de la même façon dans le carcinome primitif du col, il est impossible de l'affirmer d'après cette pièce pathologique. Mais, il est permis de considérer l'éventualité comme possible. La disposition anatomique constatée au niveau du passage de la cavité par processus destructif à la muqueuse du corps milite dans ce sens. A ce niveau, en effet, exis-

taient des prolongements épithéliaux en masse émanant directement de la couche épithéliale néoplasique et poussant jusque dans la musculeuse, tandis que de rares glandes situées dans le voisinage étaient indemnes. Cette origine exclusive du cancer primitif dans l'épithélium superficiel n'a pas été signalée ; et la question ne peut être encore définitivement résolue. R. L.

Épithélioma du col utérin. (Hystérectomie vaginale), par M. ROBIN-MASSÉ. *Jour. des sciences méd. de Lille*, 16 octobre 1891, p. 372.

Femme de 41 ans, M. Duret fit, le 6 mai, à cause d'un épithélima du col, une extirpation de l'utérus par la voie vaginale. Après les précautions antiseptiques, l'utérus abaissé fut libéré de ses attaches vaginales par l'incision des culs-de-sac antérieur et postérieur, Le ligament large gauche, puis le droit, furent saisis dans deux ligatures au fil de soie ; la cavité laissée par l'ablation de l'utérus fut drainée avec la gaze iodoformée.

Le 8 mai. 1er pansement : Pendant une injection de sublimé à 1/2000, la malade est prise d'état syncopal avec sueurs abondantes. Aussitôt, on fait sortir le liquide au moyen du spéculum et en inclinant le bassin de la femme, néanmoins, il y eut le lendemain de la stomatite mercurielle ; haleine fétide, goût métallique, liséré gingival, légères ulcérations des lèvres ; la température tombée à 36°,2 remonta le lendemain à 37°.

La malade sortit en bon état en juin, après avoir présenté une fistule vésico-vaginale qui guérit par l'application d'une sonde à demeure pendant 10 jours.

L'examen histologique montra que tout le tissu utérin était envahi par l'épithélioma. R. S.

Du diagnostic précoce du cancer de l'utérus, par WINTER. *Centrbl. f. Gyn.*, 1891, n° 32, p. 664.

Les méthodes suivies, actuellement, pour le traitement radical du cancer de l'utérus, sont :

1° L'amputation supra-vaginale pour le carcinome de la portion tout à fait au début ;

2° L'extirpation totale pour toutes les variétés de cancer de l'utérus ;

3° L'opération de Freund dans les cas d'utérus trop volumineux pour permettre leur extirpation par le vagin.

Les résultats immédiats de l'extirpation totale sont, aujourd'hui,

à peu près 8-10 0/0 comme chiffre de mortalité ; mais ils peuvent encore s'améliorer et, sous peu, arriver à 5 0/0; on aura toujours à enregistrer quelques cas de morts par péritonite septique. L'amputation supra-vaginale donne encore de meilleurs résultats, environ 6,5 0/0. Les résultats définitifs sont aujourd'hui satisfaisants, mais ils sont en réalité trop optimistes. Cela tient à ce que la période d'observation de 2 ans, sur laquelle sont basées la plupart des statistiques, est trop courte. A mesure que cette période d'observation se prolonge, les résultats définitifs deviennent plus mauvais ; moyenne des guérisons définitives 25 0/0.

Mais ce résultat perd de sa valeur, si l'on réfléchit qu'à l'heure actuelle, 1/4 seulement de toutes les femmes atteintes de cancer sont encore opérables quand elles se décident à consulter le médecin; or, si de ce quart, 1/4 seulement sont définitivement guéries, il en résulte qu'en réalité on réussit à guérir définitivement 7 0/0 malades; ce qui revient à dire que le cancer de l'utérus tue encore dans la proportion de 93 0/0.

On ne peut espérer améliorer ces résultats, qu'en s'efforçant d'établir un diagnostic précoce. Thorns a utilisé 62 cas, pour tâcher de déterminer qui a été conduit à faire, le premier, le diagnostic de cancer, et aussi quel intervalle s'est écoulé entre le moment où le diagnostic fut fait et l'apparition des premiers symptômes.

Six femmes vinrent d'abord à la *Konig. Universitatsfrauen-Klinik*, 4 d'entre elles étaient opérables, soit 66 0/0; 47 femmes s'adressèrent à leur médecin ordinaire, et subirent, sous sa direction, des traitements fort divers, parfois même très peu judicieux.

Dans 25 cas, l'examen fut pratiqué immédiatement, et les malades furent envoyées à la clinique; 38 0/0 opérables.

Dans 6 cas, l'examen fut fait tout de suite, et vraisemblablement, le diagnostic fut rigoureusement établi ; mais la plupart du temps, les malades se dérobèrent au traitement; 1 opérable.

Dans 15 cas, il ne fut pas fait d'examen; on se contenta d'instituer un traitement symptomatique, jusqu'au moment où les malades entrèrent à la clinique; 20 0/0 opérables.

En beaucoup de cas, on doit attribuer le diagnostic tardif du cancer à une certaine négligence de la part du médecin ; beaucoup, malheureusement, n'apprécient pas, comme il conviendrait, les symptômes caractéristiques de l'affection; alors qu'au contraire ces symptômes devraient les mettre en éveil sur la gravité de la maladie et les conduire à procéder à un examen immédiat.

Neuf malades s'adressèrent d'abord à des sages-femmes; 2 seulement de ces dernières adressèrent leurs clientes à des médecins, les 7 autres les traitèrent longtemps elles-mêmes; résultat : de toutes ces malades, une seule opérable (le traitement des affections abdominales devrait être absolument interdit aux sages-femmes, pour cause d'incompétence).

L'obstacle le plus sérieux au diagnostic précoce du cancer de l'utérus, c'est l'insouciance des sujets vis-à-vis des douleurs qu'il cause. Il serait extrêmement important que le médecin surveillât très soigneusement ses malades, et qu'il fut bien instruit de certains symptômes de l'affection cancéreuse.

Mais toute une série de cancers — en particulier, le cancer du col — se développent pour ainsi dire silencieusement, sans symptômes révélateurs; quand ceux-ci se montrent, le cas est déjà inopérable.

De toute manière, un grand pas serait fait, si les femmes consultaient à temps leur médecin, et si celui-ci procédait à un examen immédiat. Le diagnostic du cancer — par exemple, de celui de la portion vaginale — est en général facile, et, à condition d'une certaine expérience, peut être porté avec certitude (*Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 32, p. 664). R. L.

Hystérectomie pour cancer 3 et prolapsus utérin 5, par Gouilloud. In *Lyon med.*, 7 juin 1891, p. 192.

Dans son procédé d'hémostase Gouilloud fait quatre pédicules correspondant aux deux artères utérines et aux deux artères utéro-ovariennes. A l'aide du doigt replié en crochet on détermine facilement le pédicule des artères utérines; puis l'utérus est abaissé fortement de manière à pouvoir contourner l'origine des trompes c'est-à-dire le bord supérieur des ligaments larges et il est alors facile de faire le pédicule des artères utéro-ovariennes.

A propos de cette communication Ollier fait remarquer que les opérations anciennes d'hystérectomies partielles ne donnaient que des succès assez rares. Peut-être obtiendra-t-on davantage par l'ablation totale et précoce. Il faut cependant se rappeler que l'évolution particulière de chaque tumeur domine le pronostic; certaines ont une marche naturellement rapide, d'autres lente. Il faut tenir compte de ce fait dans les résultats des hystérectomies. Quant à l'ablation du pédicule par la voie vagiuale dans l'hystérectomie abdominale c'est augmenter inutilement la gravité de l'opération P. Mauclaire.

Traitement du cancer de l'utérus dans la grossesse et l'accouchement. V. V. SOUTOUGUINE. *Vratch*, nos 10-11, 1890.

Dans le cours de la grossesse le cancer est une complication rare mais fort grave malgré le peu d'étendue des lésions. On n'observe en général que le cancer du col utérin avec ou sans envahissement du vagin. Les femmes succombent dans plus de la moitié des cas en avortant (hémorrhagie, infection) ou en accouchant à terme (rupture de l'utérus). De plus, l'accouchement a sur la marche du cancer une influence désastreuse. Quant aux enfants ils sont mort-nés, macérés, putréfiés ou sacrifiés au moment de l'accouchement dans l'intérêt de la mère. Des nombreux travaux compulsés et cités par lui l'auteur tire les conclusions suivantes :

1. Utérus gravide de moins de 4 mois 1/2, seul atteint : hystérectomie. 2. Après 4 mois 1/2 l'hystérectomie vaginale ne peut plus être faite qu'après l'avortement provoqué. Pour peu que le néoplasme soit en voie de désintégration c'est l'opération de Freund qu'il faudra exécuter. Ablation du corps de l'utérus par voie abdominale et amputation consécutive du col 3. A la fin de la grossesse, que l'enfant soit mort ou vivant. Opération de Porro. 4. Pendant le travail, si le col est dilatable, on peut se borner à enlever toutes les parties malades, à désinfecter rigoureusement et à terminer rapidement l'accouchement. Si le col n'est pas dilatable facilement : opération de Porro.

OBS. 1. — Femme de 32 ans, 9e grossesse à terme, en O.I.G.P. Cancer du col avec infiltration cancéreuse des culs-de-sac postérieur et latéraux ; écoulement sanieux et fétide. L'opération de Porro a été exécutée de 10 février 1889 : incision de 5 cent. sur la ligne médiane, l'utérus est attiré au dehors, recouvert de compresses chaudes et la partie supérieure de la plaie suturée. Une ligature élastique est appliquée sur le segment inférieur de l'utérus et serrée au moment de l'incision de la paroi antérieure. L'enfant retiré légèrement asphyxié est aussitôt ranimé ; l'utérus avec ses annexes est enlevé et le moignon fixé dans l'angle inférieur de la plaie. Premier pansement le 10e jour, la plaie est réunie par première intention, le lien élastique tombe le 28e jour. Mais dès le 2e jour, on voit se développer une cystite et la malade meurt le 42e jour avec les symptômes d'une pneumonie. L'autopsie révèle une cystite pseudomembraneuse, une pleurésie purulente droite en rapport avec un foyer de nécrose pulmonaire. Le cancer n'a pas dépassé le tissu cellulaire périutérin.

OBS. 2. — Femme de 30 ans, 6e grossesse à terme probablement, en OIGP. Cancer étendu du col et du vagin. La malade se présente en travail et l'opération de Porro est faite le 2 mars 1889, comme dans le premier cas. On constate que les membranes et les eaux sont sales, verdâtres, aussi la cavité péritonéale est elle désinfectée ; cependant la température s'élève dès le 2e jour et la malade succombe le 8e jour.

Autopsie : Péritonite purulente ayant pour point de départ une ulcération cancéreuse de la portion sus-vaginale du col. La plaie opératoire est réunie par première intention.

L'enfant ne vécut que deux mois et demi.

M. WILBOUSCHEVITCH.

Sur un signe précoce du cancer de l'utérus. CH. AUDRY. *Lyon méd.*, 22 nov. 1890, p. 406.

Toutes les fois que dans une surface suspecte du col ou de la cavité cervicale on pourra enfoncer l'ongle et ramasser quelques débris de tissus, on est autorisé à affirmer la nature épithéliomateuse de la maladie.

Ce signe sert à différencier le col cancéreux au début des différents cols de la métrite chronique. P. M.

Du traitement consécutif de l'extirpation vaginale. (Zur Nachbehandlung der vaginalen uterus extirpation) S. GOTTSCHALK. *Cent. f. Gyn.*, 1890, no 25, p. 443.

D'une façon générale, quand l'opération a été régulière. les opérées présentent, dans les jours qui suivent l'opération un état presque aussi satisfaisant que celui des nouvelles accouchées. Aussi leur permet-on de se lever après une période de temps relativement fort courte, du 10e au 14e jour (Fritsch), après le 10e (Martin). Pourtant, il y aurait quelque danger à adopter, d'une façon systématique, un délai de repos aussi court. Ainsi, Gottschalk a vu une double synovite séreuse, de l'articulation du genou, survenir chez une femme, à laquelle il avait pratiqué heureusement l'hystérectomie pour un cancer du col et chez laquelle les suites opératoires avaient été parfaites, quelques heures après qu'il l'avait autorisée à se lever (14e jour après l'intervention). 1/2 heure après avoir quitté le lit, elle fut prise de violentes douleurs dans les genoux, et dès le lendemain elle présentait un épanchement bilatéral considérable dont la nature purement séreuse, était démontrée par l'absence d'hyperthermie. Il est vrai que cette femme était, au moment de l'opération, dans un état de faiblesse et

d'amaigrissement extrêmes. En conséquence, l'auteur est d'avis qu'il serait prudent de maintenir au lit de tels sujets au moins 20 jours.

R. L.

Limites de l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer utérin. (Limits of vaginal hysterectomy for cancer of the uterus), par COE, de New-York. *Am. J. of Obst.*, juin 1890, p. 587.

L'auteur fait remarquer que cette opération ne prolonge guère la vie de la malade (un an seulement environ), d'après Martin, sur 214 femmes opérées, 5 seulement étaient vivantes, au bout de 4 ans. La récidive est rapide, et laisse l'opérateur désarmé, à cause de l'extension du mal. Coe adopte l'opinion de R. Jackson : « 100 femmes affectées de cancer donneront un total d'années de vie « plus grand, sans opération (*left alone*) que si on les soumet à « l'hystérectomie ».

Verneuil; dans une lettre à l'auteur, dit que : « la survie après « l'hystérectomie vaginale, qui n'est pas toujours innocente, n'est « pas plus longue qu'après l'ablation du col seul ». Pawlick, de Prague, n'en est guère partisan ; de même Hofmeler, de Würs, Conig et H. T. Byford, de Chicago ; Lane, de San-Francisco, sur 12 cas, n'a pas eu de récidive, en 7 ans.

Dudley dit qu'il n'est pas encore temps de se prononcer.

A. CORDES.

Un cas d'hystérectomie laparo-vaginale. (Laparo vaginal hysterectomy, with the report of a case), par C. CLEVELAND, à New-York. *Am. J. of Obst.*, 1890, p. 502.

La malade avait un cancer. L'utérus étant trop gros pour pouvoir être enlevé par la voie vaginale, l'auteur renonça, après essai, à le faire par cette voie, et procéda aussitôt à la laparotomie.

L'opérée se remit sans avoir eu plus de 38°,33 de température.

A. CORDES.

Cancer de l'utérus (Zur Radical. operation des carcinoma uteri), par R. FLAISCHLEN. *Deutsche med Woch.*, 24 juillet 1890, n° 30, p. 652.

Flaischlen publie sa statistique et celle de P. Ruge. Elle contient 20 hystérectomies totales et 2 amputations sus-vaginales du col.

Les 20 hystérectomies ont donné 3 morts par accidents septiques (dont deux au début de l'exercice des auteurs), 7 morts par récidive dans le courant de l'année et 10 cas sans récidive au bout de 5 ans et 4 mois, 3 ans et 9 mois ; 3 ans et 2 mois ; 3 ans et 1 mois ; 2 ans

et 9 mois ; 1 an et 11 mois ; 1 an et 2 mois ; 1 an ; 10 mois ; 4 mois. Dans ces cas, deux fois il a été trouvé dans le corps des noyaux indépendants de ceux du col. Les deux amputations du col ont fourni 1 survie (4 ans et 4 mois) et 1 mort de récidive après 2 ans 1/2 de bonne santé. Néanmoins les autres prennent parti pour l'hystérectomie totale ; mais on ne doit l'entreprendre que si les ligaments larges ne sont nullement envahis. A. B.

L'extirpation du tissu cellulaire périutérin dans les cancers du col de la matrice, par CHARLES PAWLIK. *Internationale Klinische Rundschau*, 1889, nos 26, 27 et 29, et *Arch. de tocol.* Paris, mai 1890, p. 257.

Frappé de ce fait qu'après l'ablation du col utérin, la récidive a lieu dans le tissu cellulaire voisin et non dans le moignon, Pawlik conclut que, dans le plus grand nombre des cancers cervicaux, l'ablation totale de la matrice n'est pas nécessaire et qu'il faut surtout extirper le paramétrium. Le danger est la lésion des ure tères, grâce à l'introduction de cathéters dans leur intérieur, on peut les reconnaître et extirper le tissu cellulaire malade.

Suivent 4 opérations d'hystérectomie totale avec ablation du paramétrium. Résultat : 1 malade perdue de vue, 1 récidive après 16 mois, 1 revue guérie encore après 8 mois, 1 sans récidive après 1 an ; cette dernière a une fistule urétéro-vaginale (l'uretère n'avait pas été cathétérisé au moment de l'opération). Aucun des 4 utérus extirpés ne contenait de noyau cancéreux dans le corps; aussi l'extirpation totale dans les cancers cervicaux lui semble-t-elle inutile. H. H.

Hystérectomie laparo-vaginale (Laparo-vaginal hysterectomy, with the report of a case), par CLÉMENT CLEVELAND. *Amer J. of Obstetr.*, N.-Y., mai 1890, p. 502.

Dans le cas où le vagin est petit et où l'utérus est difficile à abaisser, Cleveland pense qu'il est bon de commencer par faire une petite incision abdominale sur la partie inférieure de la ligne blanche et d'ouvrir une boutonnière au péritoine. On maintient momentanément fermée cette ouverture à l'aide d'un clamp et l'on couvre d'une compresse antiseptique. Puis on procède à l'hystérectomie vaginale ; quand arrive le moment d'appliquer les pinces longues sur les ligaments larges, on guide leur extrémité à l'aide de l'index gauche introduit dans la plaie abdominale ; l'hystérectomie est terminée comme à l'ordinaire et la plaie abdominale fer-

mée après un lavage abdomino-vaginal. Si l'utérus semblait trop gros pour sortir par le vagin, on agrandirait l'incision abdominale et on l'extrairait par cette incision. Une observation de cancer utérin opéré par cette méthode et guéri. H. H.

Traitement du cancer de l'utérus. (Treatment of uterine cancer), par TH. MORE MADDEN. In *the Prov. med. Journ. Leicester,* 1889, p. 585.

L'auteur, qui parle presque incidemment de l'électrolyse et du curettage de l'utérus fait surtout un parallèle entre l'hystérectomie totale et l'hystérectomie partielle, sous-vaginale ou supra-vaginale. Il apporte une statistique de 22 cas d'opérations partielles pratiquées dans les dix dernières années. Sur ces 22 cas il y a eu huit récidives dont quatre dans la première année, deux au bout de deux ans et deux au bout de deux ans 1/2. Les quatorze autres opérées sont encore en bonne santé.

L'auteur ne cache pas ses préférences pour l'hystérectomie partielle, l'hystérectomie totale vaginale ou abdominale, beaucoup plus grave comme opération, donnant autant de récidives. Il faut la réserver à certains cas particuliers, et ne la pratiquer que lorsqu'on ne peut faire autre chose.

Si on veut avoir par une opération quelconque un succès durable, il faut opérer tout à fait au début du mal, lorsqu'il commence à peine et qu'on ne constate guère qu'une induration de l'orifice cervical avec fissures sur son pourtour, ou bien, si la maladie commence par les glandes ; de petits nodules sous-muqueux ou saillants sur la surface d'une ulcération.

C'est alors, après s'être aidé au besoin du microscope, qu'il faut intervenir. S'il s'agit d'un cancer, il faut agir, et agir sans retard, car on a alors quelques chances de l'enlever complètement. Mais dans ce cas l'hystérectomie partielle suffit. En effet, le mal s'étendant plus rapidement encore aux culs-de-sac vaginaux et aux ganglions qu'au corps de l'utérus, s'il est trop tard pour faire l'ablation partielle parce que le mal remonte trop haut, il est également trop tard pour entreprendre l'ablation totale parce qu'il s'étend trop au large. Mieux vaut donc, en thèse générale, tenter l'hystérectomie partielle, aussi efficace et bien moins dangereuse.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'AGRANDISSEMENT MOMENTANÉ DU BASSIN OBLIQUE OVALAIRE PAR ISCHIO-PUBIOTOMIE

AVEC CONSIDÉRATIONS SUR LA PUISSANCE NOCIVE DU FORCEPS, ETC.

Par **L.-H. Farabeuf.**

Il y a un an à quelques jours près, un dimanche, Varnier vint me dire : « Nous avons à Paris Spinelli élève de Morisani de Naples ; ils font là-bas la *symphyséotomie* depuis plusieurs années avec succès ; il presse votre ami Pinard d'entreprendre cette opération..... ; je viens chercher des objections ou des encouragements anatomiques ».

Les objections affluèrent tout de suite, inspirées par le préjugé. La symphyséotomie, une opération réprouvée !

Les compétents qui la repoussaient avec tant de dédain et d'obstination, devaient savoir à quoi s'en tenir. Morisani avait parlé au Congrès de Londres, en 1881, en pleine période antiseptique ; de même ces Annales, après lui et d'après lui.

Charpentier qui, dans la première édition de son traité, 1883, s'était montré parfaitement renseigné et néanmoins défavorable, n'avait pas, malgré les statistiques italiennes, changé d'opinion dans sa récente édition, 1890.

Et pourtant, avec l'asepsie, l'opération m'apparaissait un jeu pour l'opérateur et pour l'opérée. Mais dans mon ignorance, je doutais que les symphyses sacro-iliaques pussent

permettre un écartement suffisant; je n'avais jamais songé à étudier le bassin à ce point de vue. J'aurais levé mes doutes anatomiques à la minute, si j'avais su que j'avais sous la main, dans le vieux et remarquable dictionnaire en 60 vol., un article excellent de Murat, écrit dans le temps même où tout le monde connaissait bien cette question, en 1821.

Mais je ne savais rien de ce qui avait été écrit de sérieux sur ce sujet. Par conséquent, en présence des affirmations de Spinelli, il n'y avait qu'une « conduite à tenir », comme disent les accoucheurs : aller voir.

Dix minutes après, nous étions dans mon laboratoire : j'y constatais que l'opération, sûrement facile, serait inoffensive et *efficace;* et tout de suite nous disions avec bonheur que notre ami Pinard devait être et allait être, qu'il fallait qu'il fût le restaurateur de la symphyséotomie en France.

Aussi la question fut-elle rapidement mise à l'étude. Nous pûmes faire quelques expériences et exercices opératoires, surtout des mensurations, des tracés et des calculs d'après des bassins rétrécis de grandeur variée. Tout ce qu'avaient dit les partisans de l'opération, au commencement du siècle, était vrai. Et nous, nous avions l'antisepsie! Pour moi, ce fut de l'enthousiasme et ma naturelle impatience maugréa bientôt après l'occasion qui tardait à se présenter.

Il ne suffisait pas, en effet, que M. Pinard préparé, comme c'était son devoir, eut fait sa leçon publique du 7 décembre 1891 (1), ni qu'il y eut proclamé devant un grand nombre d'élèves et d'accoucheurs, que c'était chose mûrie, pesée, délibérée, qu'il fallait reprendre la symphyséotomie, qu'il y était fermement résolu et qu'il attendait, armé et plein de confiance. Je désirais des opérations : les premières eurent lieu les 4 et 25 février 1892. — D'autres suivirent

(1) Cette leçon, annoncée ici le 15 janvier à propos de la publication de Spinelli, fut publiée dans le numéro du 15 février 1892, le jour même où M. Charpentier recevait la flamme de la bouche de Morisani (V. Sulla Sinfisiotomia, Conferenza del professor Ottavio Morisani, *Riforma medica*, n° 60, mars 1892. Questa conferenza fu tenuta nel di 15 febbraio con lo intervento del chiaro ostetrico francese, dott. Charpentier.)

aujourd'hui treize, par Pinard et ses élèves) qui n'ont donné que des succès pour les mères. Trois enfants ont péri, l'un malade et prématuré, immédiatement jugé inviable, un autre tiré par les pieds avec la rapidité indispensable, est mort de la résistance d'un bassin incomplètement libéré et le dernier d'une application irrégulière du forceps.

Certes, la cause était plaidée, entendue, gagnée, lorsque le 15 mars la tribune académique retentit pour la première fois. Dans une communication *sine materia*, M. Charpentier, nouveau Saint Paul, croyant sans doute que tout était à faire, se montra enthousiaste de ce qu'il avait vu à Naples d'où il arrivait. On sent qu'il avait été peu et mal informé par ses amis de ce que disait et faisait M. Pinard. Cependant celui-ci opérait et enseignait publiquement depuis 3 mois; sa brochure avait paru le 15 février; et par un hasard intelligent et malin, cette relation de ses premiers succès venait d'être déposée sur le bureau de l'Académie au début même de la séance. De tels dépôts se font sans bruit, tandis que l'écho des communications orales des membres de l'Académie est répercuté par toute la presse. Beaucoup de personnes ont donc pu ignorer pendant quelques semaines, que Pinard le premier en France, avait repris l'étude, la pratique et la description de la symphyséotomie; et tout à l'heure, au Congrès de Bruxelles, quelques-uns qui ne pouvaient l'ignorer, l'avaient déjà oublié.

A présent, tout le monde s'y est mis ; je m'amuse de ces records pour arracher un championnat solidement maintenu. Dans le désir d'innover, il en est, sous d'autres rapports très distingués, qui étalent naïvement des notions bien imparfaites sur les moyens d'union des os du bassin, sur ce qui a été fait ou tenté il y a longtemps déjà et, ce qui est plus grave pour des accoucheurs, sur la dangereuse puissance du forceps employé comme appareil de force.

La question si bien étudiée par nos grands-pères, la symphyséotomie, maintenant que la voilà restituée, est-elle pour le moment tout à fait épuisée ?

Je ne le crois plus. Il y a 60 ans, le bassin oblique ovalaire n'était guère connu que de Nægelé. Les pubiotomistes du commencement du siècle ne pouvaient songer à triompher par leur méthode de cette variété de rétrécissement.

Je parle du bassin oblique ovalaire rétréci d'un côté seulement, asymétrique, avec insuffisance de développement d'une aile sacrée, *ankylose sacro-iliaque unilatérale* précoce, symphyse pubienne déjetée au delà de la ligne médiane dans le côté resté large... Que vient-il faire ici ?

Vous allez voir, puisque justement j'apporte quelques mensurations et calculs concernant cette difformité et de nature à suggérer aux accoucheurs le meilleur mode de section pelvienne pour extraire de tels bassins un fœtus à terme, de volume normal et vivant.

Rappelons-le d'abord : la symphyséotomie s'adresse aux bassins rétrécis ordinaires, c'est-à-dire aplatis, symétriques et *non ankylosés*.

Elle utilise le jeu des *deux* symphyses sacro-iliaques.

Pinard et Varnier en France, en Autriche et en Amérique, ont utilisé au commencement de cette année, les deux figures que j'ai faites pour montrer le gain résultant de la symphyséotomie. Je prie le lecteur de se rappeler que l'agrandissement du diamètre conjugué (antéro-postérieur) qui est le diamètre insuffisant, n'est pas uniformément proportionnel à l'écartement des pubis séparés ; que cet agrandissement est accéléré, c'est-à-dire que minime pour les premiers centimètres d'écartement pubien, il croît de plus en plus pour chaque nouveau centimètre qui vient s'ajouter aux précédents. Par exemple, si un écartement pubien de 3 centimètres allonge le diamètre antéro-postérieur praticable de 8 millim., trois centimètres d'écartement en plus l'allongeront de 12 millim. et non de 8 seulement.

La figure 1 montre le bénéfice des grands écartements, 5, 6 et 7 centimètres, résultant de la symphyséotomie appliquée à une série de six bassins gradués, ayant dans leur diamètre promonto-pubien, **5, 6, 7, 8, 9** et **10** centimètres.

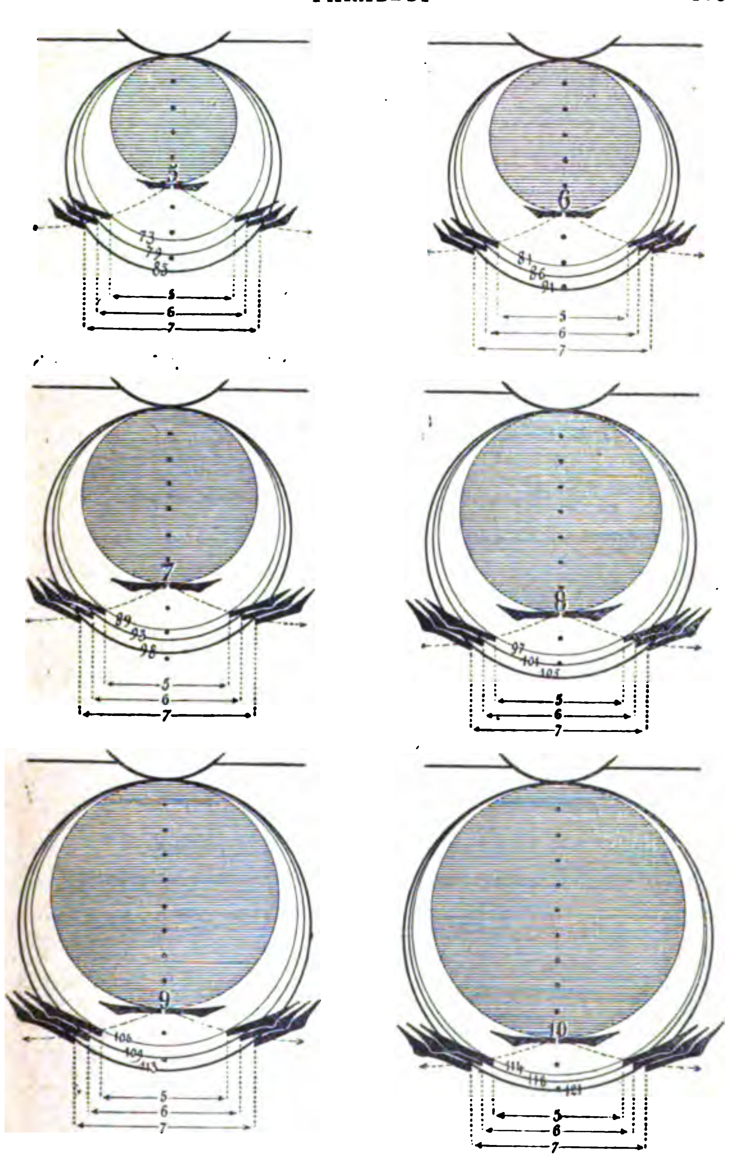


FIG. 1. — Résultats de la symphyséotomie appliquée à des bassins de **5, 6, 7, 8, 9, 10** centimètres dont la capacité primitive est indiquée par les cercles teintés. Le diamètre des cercles praticables obtenus après écartement pubien de 5, 6 ou 7 centimètres est inscrit en millimètres.

L'accoucheur, après avoir mesuré autant que faire se peut, le bassin de la femme, pourra voir sur ce tableau le diamètre du cercle praticable que lui donnera la symphyséotomie. Comme il connaît approximativement le diamètre bipariétal fœtal à tous les âges, il verra s'il peut attendre le terme ou s'il doit provoquer l'accouchement prématuré et à quel mois.

Mais d'autre part, nous n'oublions pas qu'un petit écartement pubien donne, absolument cela va sans dire, mais aussi relativement, moins qu'un grand écartement.

Eh bien! un bassin ankylosé d'un côté ne peut donner qu'un demi-écartement interpubien, c'est-à-dire 3 centimètres, à quelques millimètres près, sans aléa dangereux. Et si l'on réfléchit que dans ce bassin oblique ovalaire, le pubis du côté ankylosé va rester là, malgré l'opération, invincible jetée dépassant la ligne médiane et embarrassant la partie large seule perméable du bassin, l'on comprendra que la symphyséotomie perde ici plus de la moitié de ses avantages et que j'aie tout de suite voulu chercher mieux.

La fusion osseuse sacro-iliaque de Nægelé supprime une charnière sur deux. Après séparation des pubis, un seul os iliaque au lieu de deux, s'entr'ouvrirait comme un volet.

Si nous sciions la ceinture pelvienne du côté rétréci, qu'arriverait-il ?

La partie ankylosée ne bougerait; mais le reste? Le reste, grâce à la symphyse sacro-iliaque s'écarterait, et grâce à la souplesse de la symphyse pubienne ouvrirait sa courbe. Nous aurions conservé 2 charnières flexibles et nous aurions dilaté, rendu praticable, non seulement le côté large, mais aussi une grande partie du côté rétréci (v. fig. 13, p. 430).

Mais pourquoi s'acharner à étendre le domaine de la symphyséotomie, opération simple, en créant des variantes plus compliquées, des pubiotomies, des ischio-pubiotomies? N'avons-nous pas, en dehors d'elle, et quand elle n'est pas applicable, à choisir parmi quatre méthodes rivales?

Hélas oui, nous les avons; et c'est parce que nous n'avions qu'elles, que la symphyséotomie vient d'être si bien ac-

cueillie à Paris, venant de Naples, et dans l'Europe entière, venant de Paris.

Relativement aux résultats des méthodes dont la symphyséotomie va restreindre singulièrement l'emploi, je ne sais que ce qui se dit ou s'écrit, car je ne suis pas praticien.

Eh bien, en matière de bassins rétrécis et d'opérations conservatrices de la mère et de l'enfant, la statistique dit que l'*opération césarienne*, en ne prenant que les résultats des opérateurs propres, mais en les prenant tous et pas seulement ceux d'un Léopold, reste très dangereuse pour la mère...

Que l'*accouchement prématuré provoqué* donne une mortalité fœtale inattendue...

Enfin, que le *forceps* au-dessus du détroit supérieur pourtant jugé ici moins dangereux que la *version*, est un instrument meurtrier.

Ne retenant que ce dernier point, je me demande comment il en serait autrement avec l'instrument employé et l'application défectueuse qu'on est obligé d'en faire, soit en travers du bassin, sur un grand diamètre céphalique, soit obliquement, sur un diamètre oblique, soit d'avant en arrière, régulièrement, sur le bipariétal. Dans ces derniers modes, proclamés à Paris les moins offensifs, le forceps n'a qu'une manière de servir, la traction ; il en a deux de nuire : il ponte et supprime la concavité sacrée, empêchant la tête de l'utiliser en s'engageant ; il aplatit la tête et la défonce, particulièrement le pariétal ou le frontal antérieur. Et les deux préceptes pourtant si chers à M. Tarnier sont violés, puisque la tête ne reste pas libre, le périnée fixant le forceps, et que la pince devient un instrument réducteur, un mauvais céphalotribe.

Le sujet vaut que je m'y arrête, ne serait-ce que pour combattre ceux qui demi-symphyséotomistes par timidité, confient au forceps et à la tête incluse, le redoutable soin de terminer par arrachement la séparation des pubis.

Les accoucheurs enseignent que la traction d'un homme, pouvant aller sans ou avec appui à 40 ou 80 kilogr., ne donne qu'une compression de la tête moitié moindre, 20 ou 40 kilogr.

« La pression exercée par les cuillères de forceps est donc égale à la moitié environ de la traction. » Telle est la phrase classique. Vous allez voir si cela peut être vrai dans certaines circonstances, alors que l'instrument doit être, comme l'a fait Pajot, comparé à un porte-crayon serré par sa virole.

C'est le cas très fréquent, on le sait, des applications de force au-dessus du détroit supérieur rétréci. Un forceps est chargé d'une tête ferme, bien saisie, accommodée et réduite le plus possible. L'ensemble est fortement engagé dans l'anneau osseux; tout est bien lubréfié et glissant; un millimètre de largeur en plus au contenant ou en moins au contenu, cela passerait. Mais le contenant et le contenu sont arrivés à la limite, l'un de son extensibilité, l'autre de sa compressibilité. Les cuillères glissent bien et leur convexité est très faible; ne voyez-vous pas que c'est un coin *extrêmement allongé* qui se trouve tiré entre deux points résistants ?

Dans ces conditions, le bassin serre la tête, souvent au point de l'effondrer avec son promontoire ou d'y enfoncer les cuillères du forceps, vous l'avez vu; la tête tend à faire éclater le bassin et y réussit quelquefois, même sous une traction modérée, vous l'avez entendu dire. Pourtant les accoucheurs ne sont pas des chevaux; il faut donc que leur faible traction en devenant, dans les conditions que je viens d'exposer, à la fois écrasante pour la tête et brisante pour le bassin, loin de diminuer s'accroisse considérablement. Il m'a semblé qu'elle devait se décupler facilement et qu'en tirant modérément sur un forceps, coin devenu incompressible engagé dans un anneau inextensible, on arrivait à placer sur la tête un poids de quelques *centaines de kilogrammes* et dans le bassin une force dilatatrice d'égale puissance! Pajot, avec son génie intuitif, avait senti que lorsque le détroit osseux arrivait à serrer le forceps, il se produisait de ce fait, sous l'influence d'une traction pure, eut-elle lieu avec des lacs, sur un instrument abandonné, sans vis ni ficelle rapprochant les poignées, une énorme constriction de la tête, et par réaction, une tendance égale à l'écartèlement du bassin.

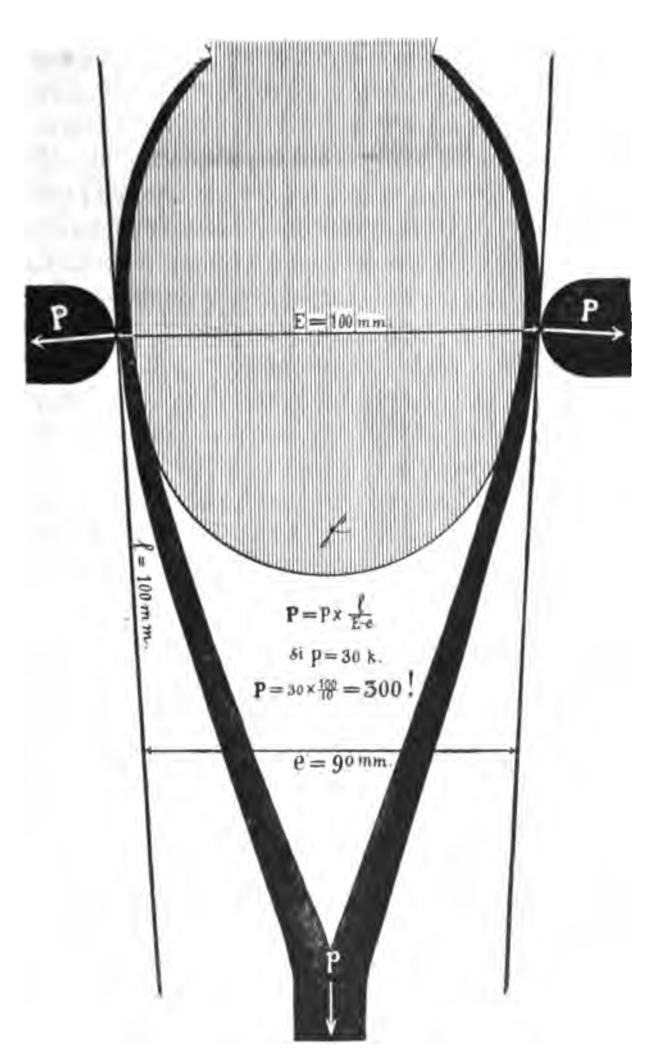


FIG. 2. -- Montre comment et dans quelles proportions le forceps tiré de force à travers l'anneau pelvien, amplifie la traction, comprime la tête et dilate le bassin.

Cette symphyse qui éclate avec bruit, cet œil expulsé et ramassé sous la table, des centaines de pariétaux défoncés, auraient dû, sinon éclairer tout le monde, du moins pousser les accoucheurs à demander à la géométrie quelque lumière. Au lieu de cela, c'est la phrase ci-dessus rapportée, qui se répète d'année en année.

J'ai demandé à un mathématicien la solution du problème suivant : Étant donnée telle traction, que peut-elle produire comme force constrictive de la tête et dilatatrice du bassin ?

Je pourrais imprimer ici sa réponse raisonnée, car il s'agit de géométrie très élémentaire, une question de triangles semblables, en laissant de côté quelques petits détails relatifs à la compression de la tête. Je me borne à la formule brute éclairée par la figure 2 sur laquelle elle est inscrite.

Le forceps passe dans un anneau qui le serre à quelques millimètres au-dessous de la partie la plus large. Deux tangentes à la convexité des cuillères sont menées aux points de contact de ces cuillères et de l'anneau ; ce sont elles qu'il faut considérer pour le calcul. On les voit se rapprocher comme les faces d'un coin dirigé vers les manches de l'instrument. Écartées de 100 millim., au niveau des points de contact, elles ne le sont plus que de 90 à peu près à un décimètre plus bas :

100 millim., c'est le grand **É**cartement **E** ; 90 millim. c'est le petit **é**cartement **e** ; la longueur **l** des faces du coin entre **E** et **e** est 1 décimètre, 100 millim.

Si nous appelons **p** le **p**oids suspendu au forceps, c'est-à-dire la traction, et **P** la **P**uissance qui en résulte comprimant la tête et dilatant le bassin, la formule.

$$\mathbf{P} = \mathbf{p} \times \frac{\mathbf{l}}{\mathbf{E\text{-}e}} \text{ donne } \mathbf{P} = \mathbf{p} \times \frac{100}{100\text{-}90} = \mathbf{p} \times \frac{100}{10} = \mathbf{p} \times 10.$$

Si la traction de l'accoucheur est modérée, **p** = **30** kilogr. et

P = **30** × 10 = **300** kilogr.

Si elle est forte, **p** = **80** kilogr. et

P = **80** × 10 = **800** kilogr.

Et nunc erudimini !

Quand les conditions matérielles s'y prêtent, l'accoucheur a dans la main une puissance à laquelle nul bassin ne résisterait si la tête ne cédait presque toujours la première.

Tenez, si vous êtes aveugle pour les formules, venez dans mon laboratoire. Entre deux bornes dont l'une actionne un dynamomètre, je tiens tout prêt et engagé un forceps chargé d'une tête arrivée à l'irréductibilité. Les visiteurs que cela intéresse tirent sans appui, à leur gré, quelquefois d'une seule main.... le dynamomètre accuse une force dilatatrice de 75, 100, 150 kilogr. et plus. Cependant tout est rouillé, rien n'est graissé, l'expérience est faite pour qu'on puisse conclure *a fortiori.*

Ce n'est pas exagéré que de dire : l'action de l'anneau pelvien sur le forceps trouve souvent l'occasion de *décupler* la force de traction. Vous vous croyez modéré en ne dépassant pas 40 kilogr., mais vos dizaines deviennent des centaines et c'est avec 400 kilogr. que vous écrasez la tête ou brisez le bassin.

Je crois que le perspicace et lumineux Pajot n'avait pas calculé cette force ; mais il la connaissait bien, il en avait grand'peur et savait se comporter en conséquence. On dirait qu'aujourd'hui, devenue quantité négligeable pour les classiques, elle ne préoccupe plus personne. Si nos maîtres du jour ont compris et n'ont pas oublié l'enseignement de Pajot, ils sont vraiment coupables d'en si peu parler.

En raison de ces considérations théoriques mais positives, corroborées par les accidents innombrables (1) connus de tout le monde, lorsqu'un rétrécissement est tel que l'on doit atteindre les limites de la compressibilité et de l'extensibilité

(1) D'où vient donc, demandai-je récemment au naturaliste Tramond, cette collection de pariétaux défoncés qui sont dans votre vitrine ? « Un peu de partout, monsieur, ce sont de beaux gros enfants morts, quelques jours après leur naissance, de convulsions, de pneumonie..... »

C'est ce même Tramond qui à la demande d'un *bassin normal,* c'est-à-dire ayant la forme et les diamètres indiqués naguère encore dans tous les livres, répondit devant moi : « Je ne tiens pas cet article-là ».

au moment où le gros de l'appareil n'a plus que quelques millimètres à parcourir pour franchir le détroit, le forceps est doué d'une puissance nocive effrayante qui peut dépasser le centuple de la traction... ou de la poussée utérine.

Lorsque la tête vient dernière et qu'elle passe le détroit supérieur avec tant de peine qu'il faut deux personnes, l'une pour la tirer, l'autre pour la pousser, cette tête, elle aussi, peut faire coin et multiplier les forces qu'elle reçoit au point de s'écraser, si sa résistance est moindre que celle du bassin.

Je ne m'étonne donc pas que les demi-symphyséotomistes réussissent à obtenir finalement un écartement suffisant et même considérable des pubis.

Je demande si c'est prudent, si c'est raisonnable.

J'ai eu ces jours-ci, après avoir relu 4 observations étonnantes venant de trois accoucheurs allemands, la naïveté de couper une symphyse à moitié, puis aux trois quarts, pour voir si l'impossible n'était pas possible. Est-il besoin de le dire, tant que les moyens d'union des pubis ne sont pas coupés *tous*, aucun écartement notable ne se produit et ne peut être produit sans violence. La symphyse d'un vieux débris cadavérique datant de plusieurs mois et coupée aux trois quarts a supporté un poids de 30 kilogr. sans se rompre.

Demi-symphyséotomistes, la crainte d'un mal vous fait tomber dans un pire. Vous avez peur de verser quelques gouttes du sang de la mère et vous exposez l'enfant à périr de l'effraction dont vous le chargez.

A la suite de nos exercices opératoires, Pinard a écrit : « Je ne m'arrêterais qu'après avoir pu passer à l'aise le doigt entre les pubis dans toute leur hauteur. Et même je voudrais alors, avant toute tentative obstétricale, m'assurer, en provoquant une prudente abduction des cuisses, que la section est complète, qu'il ne reste rien dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire que les pubis peuvent s'écarter de 4 à 6 centimètres ». Il est d'une importance capitale d'imposer d'abord cet écartement, 6 centimètres, aux tissus antérieurs et aux liens sacro-iliaques.

Il y a eu et il y aura des morts par oubli de ce précepte : blessure par imprudence ayant occasionné la mort sans intention de la donner, pénal ité légère.

Mais vous qui ne faites qu'entailler à demi la symphyse, comptant pour l'ouvrir sur la puissance dilatatrice effrayante du forceps appuyé sur la tête, ou qui négligez de produire, à l'aide des cuisses ou d'un instrument, l'écartement nécessaire, vous écraserez souvent cette tête ; je le sais. Vous causerez la mort en employant *inutilement* et *sciemment* un procédé capable de la donner.

Quand m'est arrivé le journal français rapportant les quatre observations allemandes ci-dessus visées, j'ai cru que le traducteur seul était responsable des énormités qui me choquaient. Vérification faite, sa traduction se trouve exceptionnellement bonne : il n'y a qu'un contre-sens.

Malgré l'autorité des auteurs de ces observations, malgré le respect que j'ai pour les Allemands, ordinairement sérieux et réfléchis, je m'insurge contre la symphyséotomie incomplète parce qu'il est facile à ceux qui craignent de faire une échappade dans les veines en coupant le ligament sous-pubien, de désinsérer celui-ci à la rugine en serrant de près l'une des branches descendantes des pubis, parce que la disjonction des articulations sacro-iliaques ne peut rompre aucun ligament utile ; parce que je redoute pour la tête, première ou dernière, le périlleux honneur de suppléer à l'insuffisance de l'opérateur. (Voyez fig. 7 à 14, p. 427 et suiv.)

Ennemi de toute violence aveugle, j'espère du reste qu'on renoncera bientôt à employer le forceps actuel pour engager la tête dans le détroit supérieur rétréci. J'en veux même à M. Tarnier, qui connaît les mérites du levier mieux que personne, de ne pas avoir encore, pour cette besogne spéciale, accroché son forceps au clou avec tous les autres.

Le levier, qui ménage la concavité sacrée, sur lequel on peut tirer avec ce qu'il y a d'admirable dans le forceps Tarnier avec le tracteur arqué flottant, me paraît injustement dédaigné. Avec cet instrument, c'est-à-dire avec une cuillère de

forceps (droit de préférence) emboîtant la bosse pariétable antérieure et maniée comme un levier, on fixe et l'on appuie la tête sur le promontoire qui commence aussitôt l'indispensable dépression de la tempe postérieure ; par la traction ajoutée, l'engagement se produit; au moins il s'amorce, pour être ultérieurement complété par l'utérus, *si* les dimensions du détroit peuvent le permettre. Car cela exige et exigera toujours un bassin *modérément*, *très modérément rétréci*.

Que faire donc à ces autres bassins trop étroits pour la version, le forceps, le levier, même pour l'accouchement provoqué d'un enfant assez avancé pour être sûrement viable ?

Éliminons les rétrécissements extrêmes et étendus au détroit inférieur, les bassins qui ont ce degré d'étroitesse et de difformité qui semble ôter aux malheureuses contrefaites le droit à la fécondation. Ces cas sont réservés à l'opération césarienne ou à la castration de Porro à la fois curative et prophylactique.

Ce sont les *bassins d'étroitesse moyenne*, ceux que l'on ne pouvait traiter jadis que par l'accouchement trop prématuré, qui m'occupent en ce moment. Car l'accoucheur peut, par la section de la ceinture pelvienne, les agrandir assez pour en extraire vivant un fœtus à terme normal.

La symphyséotomie a fait ses preuves pour les bassins non ankylosés.

J'espère que l'ischio-pubiotomie les fera bientôt pour les obliques ovalaires ankylosés (1).

Les figures suivantes ont été dessinées pour faire partager au lecteur mon espoir et ma confiance. Toutes, elles représentent le même bassin oblique ovalaire moyennement rétréci (84 millim. entre le promontoire et le pubis) appartenant à la Clinique Baudelocque et considéré comme type de ces bassins trop petits pour le forceps et la version, assez grands pour ne pas imposer l'opération césarienne, c'est-à-dire justiciables de l'agrandissement momentané de la ceinture pelvienne par section.

(1) Elle les a faites le mercredi 9 novembre 1892 et depuis. Voy. p. 426.

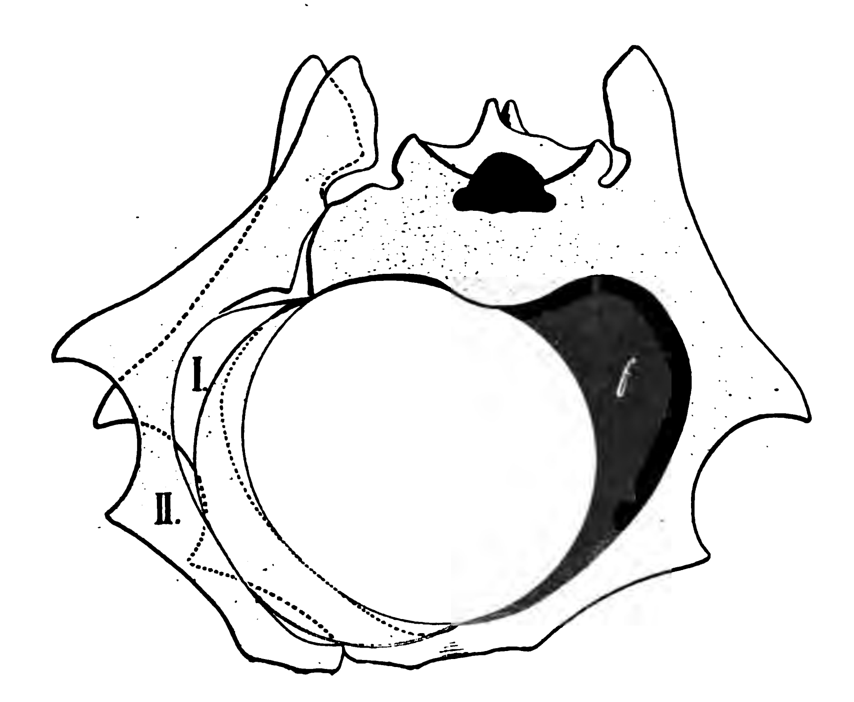


Fig. 3. — Bassin oblique ovalaire ankylosé et rétréci à gauche ; diamètre promonto-pubien, 84 millim. Coupe avoisinant le plan du détroit supérieur.

I. — Os iliaque intact, blanc.

II. — Le même os iliaque teinté, écarté au maximum prudent, 30 millim., après symphyséotomie.

Cette figure montre le gain de la symphyséotomie (le croissant teinté) qui s'ajoute à la surface blanche ellipsoïde seule praticable dans le bassin intact. Celle-ci, oblongue, mesure à peine 85 millim. dans un sens, 95 dans l'autre ; tandis que les diamètres de la surface totale dépassent 95 et 105 millim. En d'autres termes, la surface praticable initiale mesure 61 cent. carrés, suffisant juste à une sphère de 358 cent. cubes ; la surface praticable acquise 61 + 15 = 76 cent. carrés où peut passer une sphère de 496 cent. cubes.

La figure 3, comme point de départ, représente en blanc la surface oblongue offerte à la tête par le bassin tel quel, avant toute opération. Cette surface limitée par des arcs tangents au contour osseux et appartenant à un cercle de 90 millim. de diamètre, inférieur pourtant à celui d'une tête normale moyenne, mesure 61 centimètres carrés, il en faudrait près de 80.

J'ai apprécié les surfaces en les pesant. En les pesant? Oui, après avoir tracé aussi exactement que possible les espaces praticables sur des feuilles de papier ou de carton ou de métal, homogènes et d'épaisseur régulière, je les découpe et je les pèse. Ayant auparavant déterminé le poids d'un décimètre carré de l'échantillon employé, j'obtiens vite un résultat que la géométrie m'eût donné moins exact et plus difficilement.

Lorsque après la symphyséotomie, le pubis du côté mobile a subi à peu près le maximum d'écartement prudent, 30 millim., la surface praticable s'est accrue de 15 centimètres carrés, ce qui donne en tout 76. Ce serait juste suffisant si ce n'était évidemment trop juste et par conséquent aléatoire et dangereux. *A fortiori* avec un bassin plus petit.

La figure 4 ne nous arrêtera pas longtemps : elle établit comparaison entre la symphyséotomie et l'ischio-pubiotomie du côté large non ankylosé, c'est-à-dire la section au droit du trou ischio-pubien de l'os resté mobile. Après le sciage de la branche horizontale du pubis et du pilier ischiatique correspondant de l'arcade, une valve pubienne P est créée qui joue grâce à la souplesse de la symphyse pubienne et se porte en avant. L'examen de cette figure montre que cette ischio-pubiotomie ne tentera sans doute personne puisqu'elle n'arrive tout au plus qu'à donner la même place que la simple et facile symphyséotomie.

On n'en peut dire autant de l'ischio-pubiotomie du côté ankylosé et étroit : la figure 5 fait sauter aux yeux le grand croissant blanc que cette opération ajoute à la surface grise qui serait donnée par la symphyséotomie.

C'est ici que je veux appuyer.

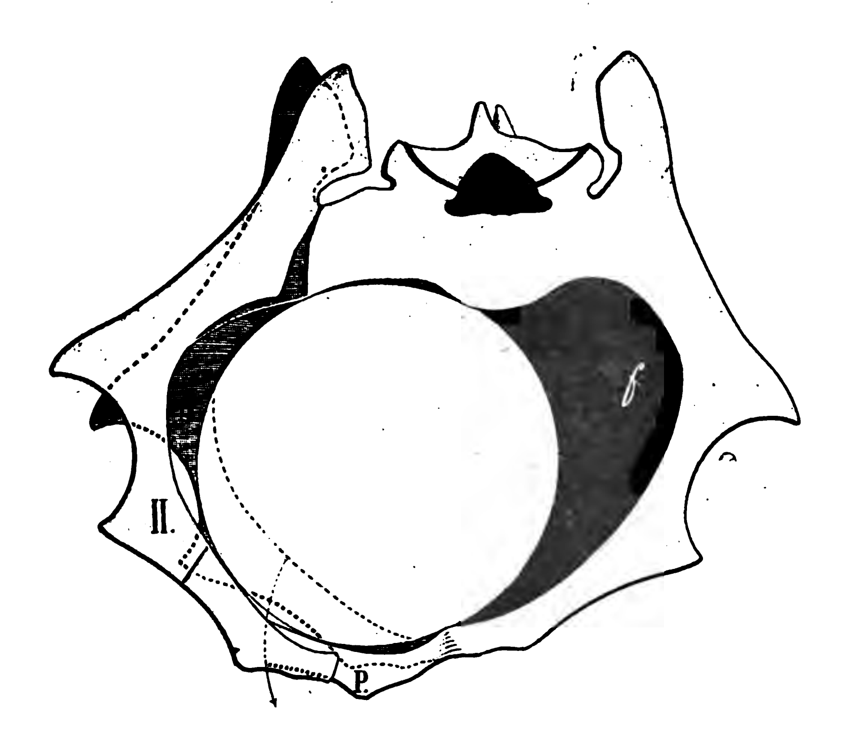


Fig. 4. — Même bassin oblique ovalaire ankylosé et rétréci à gauche ; diamètre promonto-pubien, 84 millim. Coupe avoisinant le plan du détroit supérieur.

I. — Os iliaque intact.

II. — Le même os iliaque écarté à peu près au maximum prudent après symphyséotomie.

Cette figure montre que l'espace praticable gris, ainsi obtenu par symphyséotomie pourrait l'être aussi par l'ostéotomie du côté large, moyennant que la tête arrive à jeter en prépulsion (dans le sens de la flèche) le pubis P ici représenté en blanc et jouant comme un volet, une valve de charnière, grâce à la souplesse de la symphyse.

Ce bassin de 84 millim. de diamètre promonto-pubien, était tout à fait insuffisant. La symphyséotomie qui, je le répète, perd ici plus de la moitié de ses avantages, à cause de l'ankylose, n'arrive qu'à le rendre tout juste suffisant et n'y arriverait pas si le diamètre promonto-pubien avait quelques millimètres de moins, ce qui s'est vu et se verra souvent, ni si la tête était très dure et dépassait un tant soit peu le volume moyen. Une femme à terme portant un fœtus de volume moyen ou gros au-dessus d'un tel bassin, n'accouchera pas par la symphyséotomie sans que le forceps ou la pression sur la tête, si on a recours à la version, intervienne avec une force dangereuse. Et quand on sera averti avant terme, il faudra, si l'on veut ne recourir qu'à la symphyséotomie, provoquer l'accouchement prématuré. Or nous savons ce qu'il donne.

L'ischio-pubiotomie du côté rétréci représentée ci-contre par la figure 5, est heureusement là qui, dans le bassin étudié, donne 17 centimètres en plus du strict nécessaire : latitude et sécurité ! C'est incontestable si le pubis scié peut s'écarter des 30 millimètres que permet la symphyse sacro-iliaque restée mobile et si la symphyse pubienne est souple. L'expérience cadavérique répond : cela est.

Prévoyant des obstacles imaginaires, des imperfections opératoires, etc. j'ai voulu voir ce que donnerait cette ischio-pubiotomie avec la moitié seulement, 15 millim., de l'écartement possible. Eh bien, la figure 6 montre qu'avec un demi-écartement, l'ischio-pubiotomie du côté ankylosé donne encore une plus grande surface praticable que la symphyséotomie avec l'écartement complet de 30 millim.

J'ajouterai que, grâce au jeu de la symphyse, le côté étroit élargi par la section osseuse, peut devenir plus grand d'avant en arrière que le côté large. L'occiput pourra donc descendre indifféremment d'un côté ou de l'autre. Je crois même que si placé primitivement au-dessus du côté large, et tiré par le forceps, l'occiput tardait à s'engager, il faudrait songer à l'amener par rotation au-dessus du côté élargi.

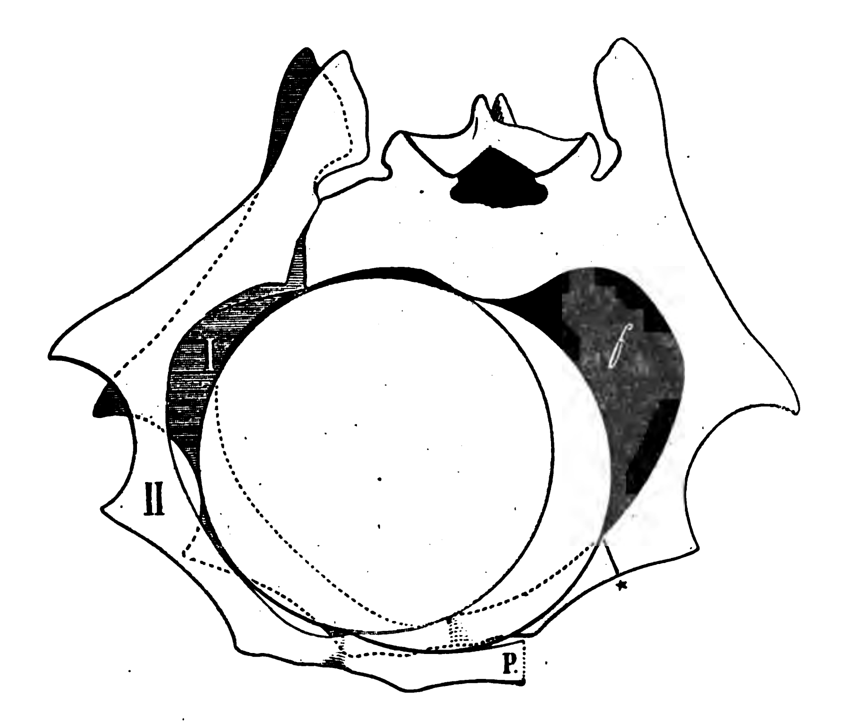


FIG. 5. — Même bassin oblique ovalaire ankylosé et rétréci à gauche ; diamètre promonto-pubien, 84 millim. Coupe avoisinant le plan du détroit supérieur.

I. — Os iliaque en place, bassin intact.
II. — Le même os iliaque écarté au maximum prudent, soit après la symphyséotomie (partie teintée), soit après ischio-pubiotomie (même partie teintée avec l'autre pubis P, blanc, en plus); * trait de scie.

La figure montre qu'à égalité d'écartement, 30 millim., l'ischio-pubiotomie du côté rétréci ankylosé donne, grâce au jeu de la symphyse pubienne, une surface praticable (ellipse cernée d'un gros trait noir, c'est-à-dire grand cercle gris plus croissant blanc) beaucoup plus grande que celle de la symphyséotomie, ici teintée en gris et à peu près circulaire.

Ces surfaces sont sûrement praticables puisqu'elles ont des diamètres suffisants et que leurs contours sont formés d'arcs tangents à l'anneau pelvien osseux et appartenant à un cercle ayant un diamètre un peu plus grand que le bipariétal fœtal évalué à 95 millim.

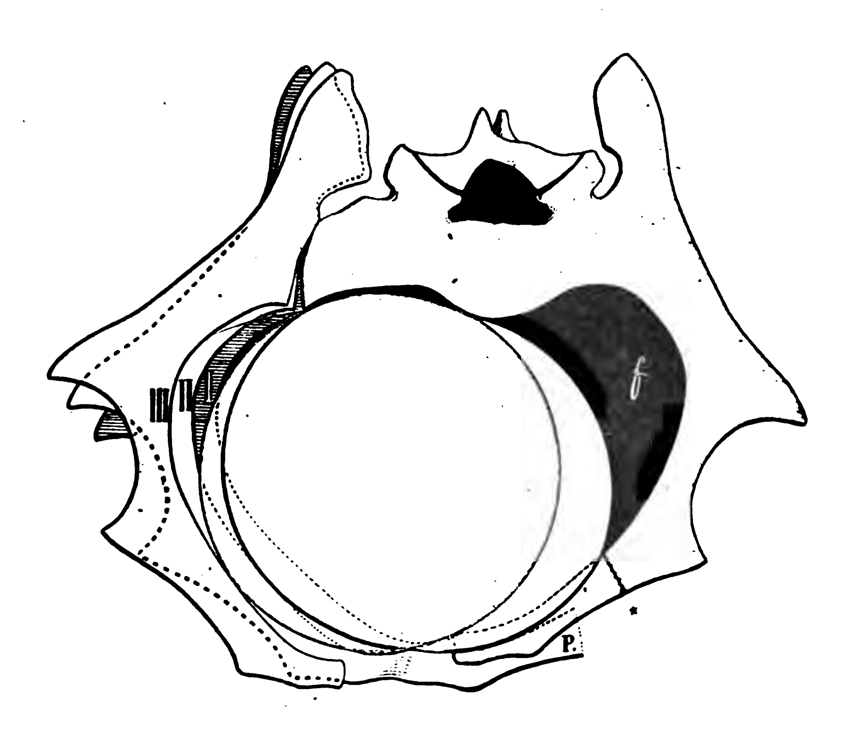


FIG. 6. — Même bassin, même coupe, mêmes opérations, c'est-à-dire symphyséotomie et ischio-pubiotomie du côté ankylosé ; * trait de scie.

I. — Os iliaque en place, bassin intact.

II. — Le même os iliaque, en blanc, ayant subi seulement un demi-écartement, 15 millim., après ischio-pubiotomie du côté rétréci ankylosé.

III. — Le même os iliaque, en gris, écarté à peu près au maximum, 30 millim., après symphyséotomie.

Le résultat utile de la symphyséotomie est représenté par la surface grise à peu près circulaire cernée d'un double trait fin ; il est encore inférieur à celui de l'ischio-pubiotomie à demi-écartement entouré d'un gros trait plein qui, s'il prend un peu moins dans le côté large, s'avance beaucoup plus dans le côté primitivement étroit. Le croissant blanc que le lecteur voit à sa droite est manifestement plus grand que l'étroit croissant gris du côté opposé.

Je conclurai disant aux accoucheurs : J'ai fait ces tracés, ces calculs et les figures suivantes, afin de vous fournir le substratum anatomique et positif dont vous avez besoin et pour oser et pour vous abstenir, au mieux des intérêts de vos deux clients. La connaissance du possible et de l'impossible peut seule empêcher les audacieux de se livrer à des tentatives vaines, folles, dangereuses, et pousser les sages à saisir les occasions d'heureuse et utile intervention. Elle féconde et justifie la hardiesse, dénonce et supprime la témérité.

Donc l'ischio-pubiotomie du côté rétréci ankylosé se présente comme le procédé de choix pour agrandir momentanément, d'une quantité considérable, le détroit supérieur et l'excavation des bassins obliques ovalaires dits de Nægelé.

Cette opération, on va le voir, tout médecin propre l'exécutera sans peine et sans risques. Elle est plus facile que l'iliotomie oblique rétrocotyloïdienne qui, n'étaient les ligaments sacro-sciatiques, remédierait aussi aux rétrécissements du détroit inférieur; plus facile surtout que la disjonction au ciseau de la symphyse ankylosée, etc., etc.

L'ischio-pubiotomie peut se faire, comme je l'ai faite d'emblée sur le cadavre, avec la plus grande facilité.

Scier les os, la branche de l'ischion et l'horizontale du pubis ; détruire les parties fibreuses (arcade crurale et membrane obturatrice) qui s'opposeraient à leur écartement ; tenir la cuisse de manière que les muscles adducteurs relâchés permettent cet écartement, tel est le programme.

Instruments : bistouri, ciseaux, pinces hémostatiques, écarteurs, rugines, scie à chaîne et ses accessoires, aiguille mousse flexible, passe-fil emmanché ; si l'on veut faire des sutures : perforateurs et fils métalliques, aiguilles et fils divers.

Les *incisions tégumentaires* doivent se trouver sur une ligne parallèle à la ligne médiane et distante de 4 centimètres. C'est là que le cadre osseux du trou ischio-pubien sera dénudé en deux points, que la scie à chaîne sera passée ; c'est

dire : 1° près de l'ischion au côté du périnée, au droit de la fourchette, pour la branche ascendante de l'ischion ; 2° à un doigt en dehors de l'épine pubienne tangible, pour la branche horizontale du pubis.

Donc la scie est successivement passée derrière chacune de ces parties osseuses, à 4 cent. de la ligne médiane, mais ce n'est pas là qu'elle doit travailler : il faut refouler les parties molles, les chasser en dehors en serrant l'os et tâcher de faire mordre la denture à plus de 4 cent. de la ligne médiane, le plus loin possible. On arrive facilement ainsi à scier le pilier de l'arcade près de l'ischion, et la branche pubienne horizontale, non à 4 mais à 5 cent. de la symphyse, créant ainsi une *valve de charnière mobile de 5 cent.* ; il est très important d'y donner le plus d'ampleur possible.

Première section, ischion. — La femme est en position obstétricale, au bord du lit, rasée ; l'opérateur entre les cuisses relevées par des aides dont un au moins intelligent, celui qui se tient du côté opéré.

Un doigt dans le vagin (purifié et tamponné) et le pouce dans le pli qui sépare la cuisse de la grande lèvre ou inversement, j'ai pincé tout le possible (lèvres et bulbe vaginal) et senti l'os du bout de mes doigts. J'ai fait alors sur l'os même, une incision antéro-postérieure de 4 cent. (sujet maigre) dont la partie moyenne était au droit de la fourchette.

Ayant exposé la face extérieure de l'os en donnant un coup de bistouri dans le sens des fibres musculaires qui en partent, j'ai pris la rugine courbe pour dénuder dans l'étendue nécessaire la face extérieure, les bords, la face postérieure du pilier de l'arcade, et enfin pour le contourner et le charger de dedans en dehors, en faisant apparaître le bout de l'instrument dans le trou sous-pubien.

Pendant tout ce travail, la gauche avait maintenu doigt dans le vagin, doigt dans la plaie, et me disait que je conservais bien à la paroi vaginale toute son épaisseur, que je ne la menaçais aucunement.

Ayant passé l'aiguille et la scie à chaîne de dedans en

dehors dans la voie faite derrière l'os, je n'ai scié qu'après avoir refoulé les parties molles le plus possible en arrière vers la tubérosité de l'ischion, derrière la fourchette, et j'ai tâché de ne pas faire de pointes. J'aurais pu employer une bonne cisaille, mais j'ai eu peur d'avoir des esquilles.

Alors j'ai pensé, avec le doigt et avec le bout d'une rugine droite, à remonter le long du bord interne du trou ischio-pubien pour en détacher la membrane obturatrice aussi haut que je le pourrais, mais sans insister pour le moment.

Deuxième section, pubis. — Par habitude l'accoucheur restera entre les jambes de la femme, un chirurgien se mettrait peut-être sur le côté ; le sciage en serait facilité.

2° Après avoir saisi toute la motte entre le pouce et les doigts pour sentir sans erreur les deux épines pubiennes, j'ai marqué celle du côté opéré.

J'avais tracé sur le ventre une longue parallèle à 4 cent. de la ligne médiane et sur cette ligne qui se trouve passer à un petit doigt en dehors de l'épine, j'ai fait une incision de 5 cent. ou 3 doigts (sujet maigre), commencée à un grand doigt au-dessus de l'arcade crurale, c'est-à-dire de la ligne des épines iliaque supérieure et pubienne toutes deux tangibles, touchées et marquées.

Comme dans la première opération, des veinules insignifiantes furent coupées et bientôt je vis les fibres blanches de l'arcade et, au-dessous, l'enveloppe aponévrotique du muscle pectiné dont je détachai l'arcade et le ligament de Gimbernat pour les couper dans le sens de l'incision cutanée, c'est-à-dire perpendiculairement à leurs fibres. Il faut en effet diviser, et cela se fait en dehors de l'orifice inguinal externe, toutes les fibres que l'on voit et aussi celles des ligaments de Gimbernat et de Cooper que l'on trouve dans la profondeur avec la plus grande facilité, tout en respectant le contenu du canal inguinal. L'on fend alors hardiment sur l'os, le pectiné ; et la surface pectinéale du pubis se montre à nu et se sent. Quelques coups de rugine sont à peine nécessaires pour permettre de passer la scie à chaîne derrière l'os de dessus en

dessous. Mais avant de scier, la rugine sera quelquefois rappelée pour refouler en dehors les parties molles, car il faut diviser l'os loin de la ligne médiane, à 5 cent.; la tête du fœtus devra sans doute être soulevée légèrement.

Achèvement de la séparation des os. — La double section osseuse accomplie, rien ne s'écarte encore. Il faut que, par la plaie supérieure, la rugine soit poussée de haut en bas le long du bord interne du trou pour achever la désinsertion de la membrane obturatrice; il faut que l'exploration de l'index gauche, à mesure que l'écartement se produit, signale les brides fibreuses tendues qui persistent à résister, afin que la droite, à l'aide d'un instrument mousse et fort, une rugine, des ciseaux fermés, charge ces obstacles et les rompe en faisant une pesée appuyée sur le pubis, etc. Le doigt explorateur fait lui-même bien des choses et réussit à forcer sans danger, par exemple, la bandelette d'insertion du releveur si on la juge trop résistante.

Quand le doigt a senti que toute l'arcade crurale superficielle et profonde, y comprise la bordure de Cooper qui rampe sur la crête pubienne, est parfaitement divisée; que rien ne reste entre les deux plaies de ce qui fut la membrane obturatrice, etc., les os ne s'écartent pas encore, si l'aide qui tient la cuisse la tient écartée. Car ainsi, les adducteurs insérés au corps du pubis sont distendus et retiennent celui-ci rapproché des parties dont la scie vient de le séparer.

De toute nécessité, il faut donc que la cuisse soit tenue *dressée,* c'est-à-dire en demi-flexion et en *abduction très légère,* juste suffisante pour permettre à l'accoucheur de manœuvrer librement. Ainsi les muscles adducteurs non distendus cesseront de s'opposer à l'écartement. Il faut en outre que la jambe ne soit pas immobilisée afin que la cuisse reste *libre de tourner*, c'est-à-dire de céder aux muscles obturateurs, pour que ceux-ci puissent céder au pubis qui, en s'écartant, emporte une partie de leurs insertions.

Ces conditions étant réalisées, l'opérateur aura à se rendre compte de la souplesse de la symphyse pubienne; il

ne lui serait pas difficile de l'augmenter, même sans davier, car du bout des doigts on arrive à luxer en avant la valve pubienne mobile, au détriment de quelques fibres intra-pelviennes insignifiantes.

J'estime qu'on obtiendra facilement, dut-on faire une pesée entre les os avec un ciseau, un écartement transversal de 3 cent. et plus, entre les surfaces sciées. Mais plus n'est pas nécessaire et la seule symphyse sacro-iliaque restée mobile ne le permettrait peut-être qu'avec des risques. Avant de prendre le forceps, exigez de cette symphyse tout ce qu'elle doit donner. Je le répète surtout pour la section interpubienne, et non sans de tristes raisons : immédiatement après la symphyséotomie, il faut disjoindre de force les deux articulations sacro-iliaques ; il ne faut *rien laisser à faire à la tête du fœtus;* le forceps ne doit intervenir que comme suppléant des forces expulsives maternelles.

A la suite de ces opérations judicieusement entreprises, toutes les mères non infectées par des manœuvres antérieures, tous les enfants sains et à terme doivent survivre. L'opérateur seul peut être dangereux. Le public saura fuir et blâmer les sales, plaindre et écarter les maladroits.

Après l'accouchement, quelques opérateurs croiront utile de perforer les deux fragments de la branche horizontale du pubis de haut en bas pour une solide suture osseuse métallique ou autre. Probablement aussi l'on songera à réunir par plusieurs points la plaie de l'arcade crurale pour favoriser la reconsolidation de cette région herniaire.

Je n'ai parlé ni de la racine du clitoris, ni de la veine crurale, ni de l'artère obturatrice. Ces derniers organes sont hors d'atteinte ; et dans nos exercices cadavériques improvisés mais réglés comme ci-dessus, le plus inexpérimenté n'a rien vu de tout cela, rien blessé, rien menacé. La découverte des os se fait sans qu'on puisse diviser autre chose que des artérioles et des veinules ; ensuite vient la rugine courbe dont le front ne quitte pas le contact osseux.

Post scriptum. — J'ai entrepris cette étude à l'occasion de l'entrée à la Clinique Baudelocque d'une femme enceinte ayant un bassin rétréci oblique ovalaire ankylosé d'un côté. Elle ne pouvait accoucher à terme sans opération : l'exploration le disait et le passé le prouvait *quatre fois*. La symphyséotomie me paraissant devoir être insuffisante, je fis les calculs ci-dessus rapportés, d'après un bassin à peu près semblable à celui de cette femme, et je conclus.

M. Pinard m'a fait l'honneur de partager ma foi et mon espérance.

Le 9 novembre, à cinq heures du matin, après ischio-pubiotomie du côté ankylosé, à cinq centimètres de la symphyse pubienne, une fille dont la tête n'avait pu s'engager à *aucun degré* avant l'opération, une fille de 4000 moins 30 grammes saisie par le forceps, fut extraite en quelques instants sans le moindre effort ; elle tomba presque dans les mains de mon collègue et, par ses cris et ses mouvements, témoigna immédiatement qu'elle n'avait pas du tout souffert. L'enfant prospère, abondamment allaitée par la mère ; la plaie s'est réunie par première intention ; le bassin est consolidé sans difformité.

Je souhaitais à ma cause une preuve de plus — vœu sacrilège — je souhaitais qu'un accoucheur en présence d'un bassin oblique ovalaire ankylosé, ayant telles dimensions qui rendent l'ischio-pubiotomie indiquée et la symphyséotomie insuffisante (question de mensurations et de calculs) entreprit néanmoins de s'en tirer par la simple symphyséotomie, comme s'il s'agissait de démontrer que cette opération-là est inutile et que cette opération-ci vaut tout autant. Je ne pouvais demander un tel essai : mais s'il se faisait à mon insu.....?

Eh bien, il y a un Dieu !

La symphyséotomie d'un bassin oblique ovalaire, vient d'être faite ; après plusieurs applications de forceps inefficaces, il fallut broyer la tête de l'enfant. Concluez.



Fig. 7. — Coupe médiane, femme couchée. — **V**, vessie ; **u**, méat urinaire ; **c**, clitoris avec sa veine dorsale sous la symphyse **s** dont la cavité occupe la moitié de la hauteur et de la largeur, affleurant le bord postérieur. L'on voit les couches concentriques des faisceaux symphysiens, très nettes en haut, en avant et en-dessous. — **D**, muscle grand droit.

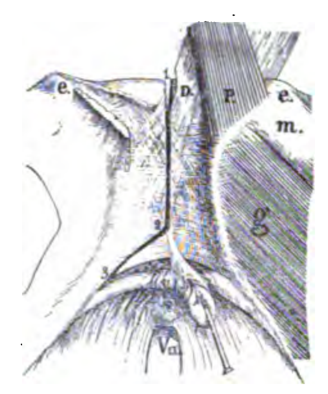


Fig. 8. — Face dite antérieure de la S. — **D**, m. grand droit ; **p**, m. pyramidal ; **m**, moyen adducteur ; **g**, grêle ou droit interne. — La veine dorsale du clitoris et d'autres, pénètrent sous le bord inf. ou lig. arqué de la S. — Après incision médiane hardie de 1 en 2, le bistouri *par crainte des veines* peut, ou la rugine, fuir obliquement de 2 en 3 et néanmoins, *tout couper.*

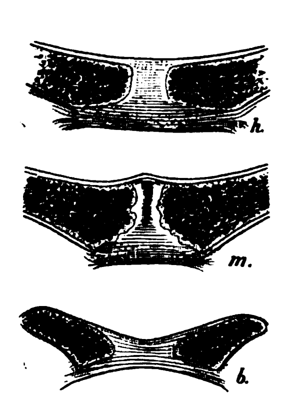


Fig. 9. — Trois coupes perpendiculaires aux faces des pubis : **h**, en haut ; **m**, au milieu, cavité intéressée ; **b**, en bas à travers le lig. arqué. — En haut, **h**, les os écartés laissent entrer le bistouri facilement ; de même au milieu **m**, pourvu qu'il attaque en avant, car en arrière les os se rapprochent, l'interligne est presque linéaire.

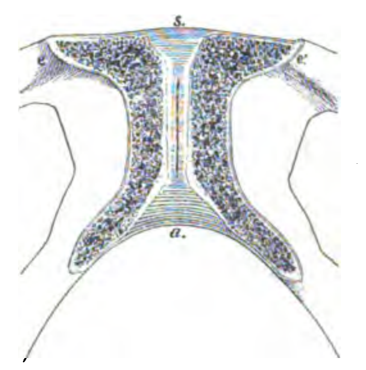


Fig. 10. — Coupe transversale parallèle aux faces des pubis, assez rapprochée de la face pelvienne pour ouvrir la cavité. — **e e'**, place des épines pubiennes ; **s**, fibres supérieures formant une masse cunéiforme facile à entamer dans son fossé osseux : **a**, fibres inférieures formant le ligament arqué, dit encore sous-pubien, sous-symphysien.

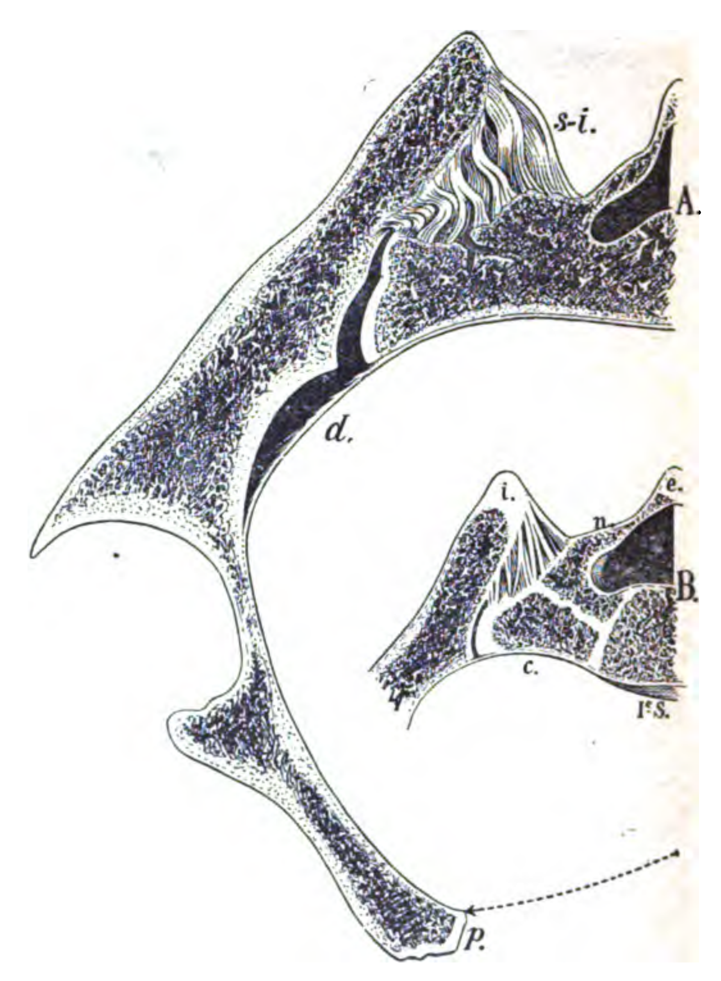


Fig. 11. — **A.** Après symphyséotomie, disjonction sacro-iliaque manuelle ou instrumentale de 0^{m},06, 0,03 pour le pubis **p** représenté (2e temps de l'opération). En agissant par les cuisses, il faut, pour obtenir disjonction égale de chaque côté, appuyer seulement le fémur dressé sur le côté pelvien qui cède, écarter fortement la cuisse du côté qui résiste. Le périoste **d**, ligament antérieur, émaillé, étiré, se décolle; d'arc devenu corde il permet le nécessaire moyennant un décollement de 0^{m},04 au moins. L'indispensable ligament sacro-iliaque **s-i** relâché reste intact.

B. Coupe à travers la 1re vertèbre sacrée et la symphyse sacro-iliaque d'un enfant de trois ans : **n**, pièce neurale ; **c**, pièce costale, développée incomplètement et ordinairement ankylosée avec l'os iliaque, dans le bassin oblique ovalaire ; **i**, épine iliaque postérieure et supérieure ; **e**, apophyse épineuse, l'une et l'autre encore cartilagineuses.

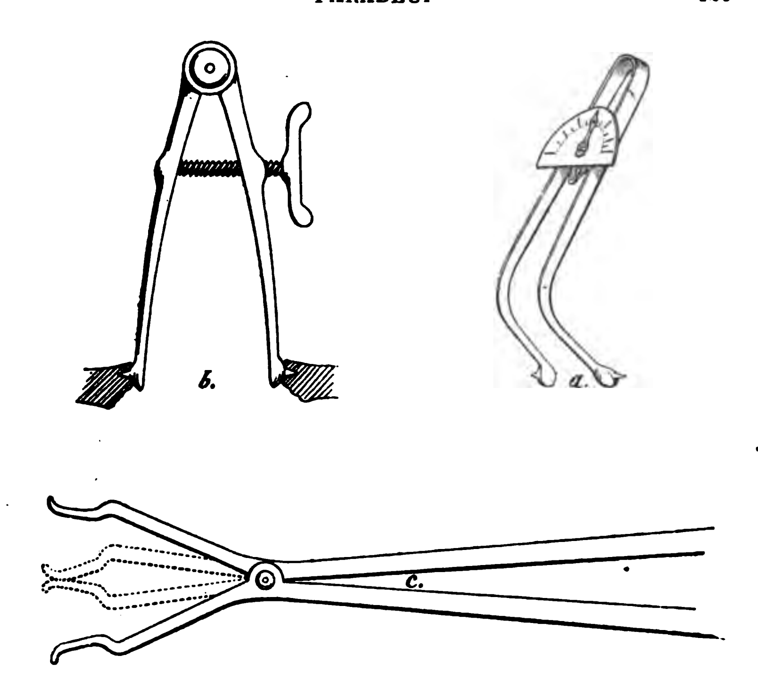


FIG. 12. — 1° Après la symphyséotomie, il n'est pas mauvais de placer entre les pubis une espèce de pincette élastique à cadran indiquant la marche et le degré de l'écartement. L'instrument **a**, long de $0^{m},15$ environ, courbé pour tenir sur le ventre, a les extrémités terminées par des boutons hémisphériques garnis d'une pointe solide qu'il faut enfoncer bien sur la partie plane osseuse, c'est-à-dire médiane postérieure des faces de la symphyse.

2° Après la section interpubienne, il faut vaincre les liens sacro-iliaques antérieurs : symphyséotomie plus double symphyséoclasie.

L'instrument **b** est un écarteur interpubien à vis, long également de $0^{m}.15$, puissant comme le désencasteleur des vétérinaires qui m'en a donné l'idée. On voit où les pointes doivent être placées. Dans les opérations sur la vessie, l'écartement est maintenu sans aides ; le champ reste libre avec l'instrument redressé sur le ventre ou rabattu sur la verge. Tuffier en a été satisfait.

L'instrument **c** dont l'action peut être limitée à volonté, est beaucoup plus puissant que le précédent. Il n'est pas fait pour rester en place mais pour produire, au degré nécessaire, l'écartement immédiat et momentané que les accoucheurs doivent provoquer avant de saisir la tête dans le forceps.

L'écartement manuel par abduction des cuisses n'est pas facile à régler et si, dans la crainte d'aller trop loin soit des deux côtés, soit d'un seul, on ne fait pas le nécessaire, on tue l'enfant ou du moins on s'expose à le tuer.

La vraie symphyséotomie n'est pas responsable des enfants mécaniquement morts d'une opération incomplète, non plus que des mères emportées par la septicémie déterminée par l'opérateur ou par des manœuvres antérieures.

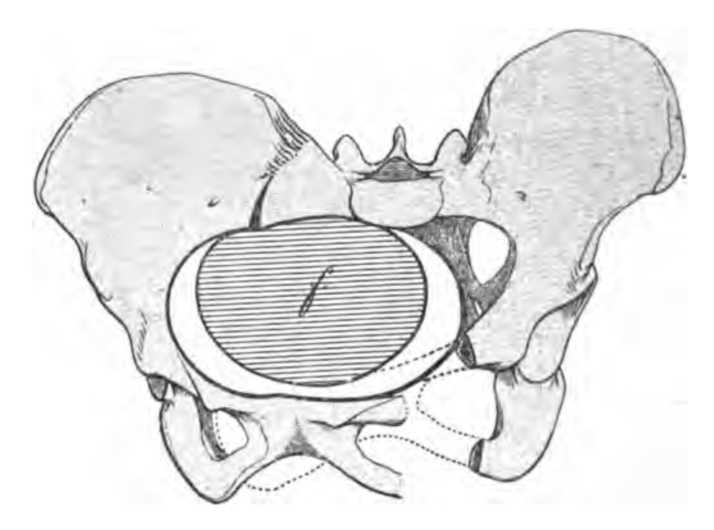


FIG. 13. — Bassin oblique ovalaire ayant subi l'ischio-pubiotomie du côté ankylosé rétréci. La surface praticable ainsi obtenue est blanche et dépasse de beaucoup la surface y incluse teintée qu'offrait le bassin avant l'opération. (Voir les calculs et les tracés géométriques dans les pages précédentes, fig. 3, 4, 5, 6.)

J'ai donné dans ce travail les éléments nécessaires au praticien :

1° S'agit-il d'un bassin ordinaire et par conséquent d'une simple symphyséotomie.

Si l'accoucheur est consulté dans le cours de la grossesse, il touchera la femme pour estimer le diamètre pelvien promonto-sus-pubien. Avec cette mesure et le tableau de la figure 1, il saura tout de suite ce que donnera la symphyséotomie et s'il peut attendre le terme, c'est-à-dire si une tête de 95 mill. pourra passer, ou bien s'il doit provoquer l'accouchement prématurément. — Les élèves retiennent facilement cette donnée approximative : la tête, dans ses petits diamètres, a autant de centimètres que de mois ; à 7 mois, 7 centim. ; à 7 mois 1/2, 7 centim 1/2 ; 8 mois, 8 centim., etc. La prudence commande de supposer qu'on a pu se tromper en donnant toujours trop au bassin, et jamais assez à la tête.

2° S'agit-il d'un bassin oblique ovalaire ankylosé d'un côté.

Le même examen précoce, les mêmes calculs s'imposent.

Quelquefois peut-être, la symphyséotomie combinée à l'accouchement prématuré sera suffisante.

On a vu plus haut la marge que donne en plus l'ischio-pubiotomie, l'opération de choix, ce qu'elle a donné à Pinard, ce que la symphyséotomie a donné à X, son confrère.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE PENDANT L'ANNÉE 1892

Par **A. Pinard**
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris.
Membre de l'Académie de médecine (1).

Messieurs, il y a un an, le 7 décembre 1891, je commençais une leçon dans cet amphithéâtre en prononçant les paroles suivantes : « A l'heure actuelle, lorsque nous « nous trouvons en présence d'une femme en travail ayant « un rétrécissement du bassin et que nous avons constaté « soit par le seul palper mensurateur, soit après l'emploi « infructueux du forceps, l'impossibilité de l'expulsion ou de « l'extraction du fœtus par les voies naturelles, nous som- « mes réduits à choisir, pour délivrer cette femme, entre les « deux moyens suivants: ou broyer la tête et terminer « l'accouchement par les voies naturelles, ou pratiquer « l'opération césarienne (2) ». Et après avoir chiffré les résultats obtenus par les partisans de l'une et de l'autre manière de voir et de faire, je continuais en disant : « Ainsi, « aujourd'hui encore, malgré les progrès considérables réa- « lisés depuis quinze ans, en présence du cas que je vous ai « signalé au début de cet entretien, nous sommes réduits « soit à pratiquer une opération qui sauve la mère aussi « sûrement qu'elle tue l'enfant, soit à pratiquer une opéra- « qui sauve l'enfant en compromettant la vie de la mère.

« Resterons-nous toujours en face de cette cruelle « alternative ? Serons-nous longtemps encore condamnés à « ce supplice qu'il faut avoir enduré pour savoir ce qu'il est, « de tuer des enfants bien portants ou de faire courir à la

(1) Leçon faite le 7 décembre 1892.

(2) De la symphyséotomie. Leçon faite le 7 décembre 1891, publiée dans les *Annales de gynécologie*, le 15 février 1892 et présentée à l'Académie de médecine par le professeur Tarnier le 15 mars 1892.

« mère les dangers encore redoutables de l'opération « césarienne ?

« J'espère que non, disais-je ; je crois que cette fatalité « peut disparaître grâce à une opération, la *symphyséotomie*, « imaginée en 1768 par un de nos compatriotes, étudiant en « chirurgie, Sigault, qui la pratiqua pour la première fois « et avec succès en 1777 sur la femme d'un soldat du guet « nommé Souchot.

« Cela vous étonne, je le comprends ; et vous vous de- « mandez sans doute pourquoi je fonde aujourd'hui de si « grandes espérances sur le réveil d'une opération que cer- « tains d'entre vous savent délaissée depuis si longtemps, « et dont les autres ignorent presque le nom. »

J'exposai alors les raisons qui me faisaient penser et parler ainsi, et qui ne sont autres que la solution des trois questions suivantes :

1° Peut-on, par la symphyséotomie, obtenir sans lésions graves, un agrandissement notable du bassin ? quel peut être cet agrandissement ?

2° La symphyséotomie est-elle à la portée de tous les accoucheurs et comment doit-on la pratiquer ?

3° Quelles sont les suites de l'opération relativement à la consolidation du bassin, à la station debout, à la marche, et à des grossesses ultérieures ?

Enfin je terminais en disant : « Si je ne me trompe, la « symphyséotomie, qui a eu la mauvaise fortune d'être « enfantée par un homme sans autorité en accouchements, « et qui ne pouvait que la compromettre, s'appuyant aujour- « d'hui sur l'antisepsie, s'éclairant des connaissances plus « exactes que nous possédons sur les rétrécissements du « bassin, guidée par la sûreté de nos moyens d'exploration, « profitant des perfectionnements de nos techniques opéra- « toires, deviendra, comme l'a prédit M. Tarnier, le complé- « ment de l'accouchement prématuré dans bien des cas, « et se substituera à l'embryotomie et à l'opération césarienne « dans bien d'autres, en ne laissant à celles-ci qu'un champ « très restreint où elles régneront seules sans partage ».

Eh bien, Messieurs, je désire examiner avec vous si, dans l'année qui vient de s'écouler depuis le moment où je prononçais ces paroles, mes espérances ont été déçues ou réalisées. Le moment est venu d'établir notre bilan et de préciser l'actif et le passif de la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1892.

Tout d'abord, c'est avec une satisfaction dont je ne cherche pas à vous dissimuler la vivacité, que je vous déclare que sur dix-huit cents accouchements effectués dans l'année, *je n'ai pas pratiqué une seule fois l'embryotomie sur un enfant vivant.* Et cependant nous avons eu à lutter contre des rétrécissements du bassin en nombre considérable. Nous n'avons fait dans tous les cas que de l'obstétrique opératoire conservatrice. Mais je ne veux vous parler aujourd'hui que des cas de symphyséotomie pratiqués dans le service, et vous en montrer et faire apprécier les résultats.

13 symphyséotomies ont été pratiquées à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1892.

8 ont été pratiquées par moi-même ;
2 — — par le Dr Varnier, professeur agrégé;
1 — — par le Dr Lepage, chef de clinique;
1 — — par le Dr Wallich, chef de laboratoire;
1 — — par le Dr Potocki, ex-chef de clinique.

J'ai pratiqué la première le 4 février; M. le Dr Potocki a pratiqué la dernière le 14 novembre.

Je vais, Messieurs, vous montrer ces treize femmes, car elles ont bien voulu consentir à revenir aujourd'hui; de cette façon vous pourrez juger, en toute connaissance de cause, des résultats immédiats et consécutifs de la symphyséotomie.

Je vais vous les présenter par ordre chronologique en vous exposant pour chacune d'elles le résumé de l'observation.

Observation I. — 4 février 1892 (Pinard).

Femme B..., 32 ans, secondipare. Bassin canaliculé ; promonto sous-pubien 9,7.

1er *accouchement* : 13 juillet 1886, à terme (Maternité).

Présentation de l'épaule ; procidence du cordon, enfant mort et macéré. Embryotomie rachidienne par M. Ribemont-Dessaignes avec l'embryotome de Tarnier.

La tête ne put être extraite qu'après basiotripsie. Cette femme est sortie 32 jours après.

2e *accouchement* : 3 février 1892 ; dernières règles du 1er au 6 mai 1891.

Le fond de l'utérus remonte à 36 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Hydropisie de l'amnios ; fœtus mobile ayant tendance à se présenter par le siège ; paraissant volumineux. Le palper mensurateur accuse une disproportion considérable.

Introduction d'emblée du ballon Champetier à 7 heures 1/2 du soir, le 3 février. A minuit 1/4, la dilatation est complète et l'expulsion du ballon est imminente.

A minuit 30, chloroforme ; extraction du ballon ; la poche des eaux est intacte. On tente à plusieurs reprises, mais sans succès, de ramener en bas, par manœuvres externes, la tête du fœtus qui se présente par le siège en droite transversale.

M. Pinard se décide alors à faire l'extraction par les pieds après symphyséotomie préalable. A minuit 50, commencement de l'incision. Après symphyséotomie, écartement spontané de 1 cent.

A 1 heure 15, rupture artificielle des membranes et commencement de l'extraction ; à 1 heure 20, le siège est hors de la vulve ; à 1 heure 24, extraction de la tête par la manœuvre de Champetier, extraction difficile, accompagnée de deux ressauts dont le dernier est le plus marqué. L'écartement n'a pas été mesuré. Délivrance.

A 1 heure 45, la suture est faite et le pansement fixé par une ceinture plâtrée. L'enfant pèse 3350 grammes et mesure 52 cent.

Il est en état de mort apparente, mais ne tarde pas à être ranimé par simples frictions et à crier.

Enfoncement du pariétal postérieur, le droit, siégeant au lieu d'élection, profond et tel que tandis que le diamètre bi-

pariétal mesure 9 cent. 8, le diamètre qui va du fond de la dépressiou à la bosse pariétale antérieure mesure 8 cent. 9 seulement.

Enfant mort le 6 février à 6 heures du soir (3e jour) ayant présenté les symptômes classiques de l'hémorrhagie méningée. Tête conservée au Musée.

Suites de couches normales; une seule fois, le 5e jour, la température a atteint 38°,2. Réunion par 1re intention.

L'opérée se lève le 23 février (21e jour) et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

OBSERVATION II. — 22 février 1892 (PINARD).

Femme G..., primipare. Bassin aplati, promontoire accessible (Pinard).

Dernières règles du 10 au 12 mai 1892. A terme.

Entrée à Baudelocque à 9 h. 1/4 du soir, le 24 février, la dilatation étant comme 1 franc; membranes intactes, tendues.

Le fond de l'utérus remonte à 47 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

Gros œuf. Présentation du sommet non engagé en gauche transversale. Enfant vivant.

Rupture artificielle des membranes à 10 h. 1/4 du soir, le 24 février; 400 grammes de liquide.

Dilatation complète à 4 h. 1/2 du matin, le 25 février. La tête est fixée mais non engagée.

A 7 h. 1/2 du matin, l'engagement ne se faisant pas malgré de bonnes contractions. M. Lepage, répétiteur, fait sous le chloroforme une première application de forceps (1). Tractions pendant 15 minutes sans résultat.

(1) Toutes les applications de forceps dont il s'agit dans ces observations ont été faites suivant la méthode préconisée par moi, c'est-à-dire qu'on s'est toujours proposé de prendre la tête régulièrement en plaçant une cuillère en arrière devant le promontoire et l'autre en avant, derrière la symphyse. Le forceps employé est, ai-je besoin de le dire, le forceps de Tarnier.

A 8 h. 4, seconde application de forceps. Tractions pendant 3 minutes seulement; aucun progrès.

M. Pinard prévenu arrive à 9 h. 1/2. Chloroforme.

Symphyséotomie (19 minutes) donnant immédiatement après la section et spontanément un écartement de 1 cent., que l'abduction des cuisses porte sans difficulté à 3 centimètres.

3e Application de forceps et extraction extrêmement facile en 4 minutes, d'un garçon vivant de 4630 grammes, mesurant 53 c. 1/2 et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	14c,3.	S.O.F.	11c,3.
O.F.	12c,7.	*Bipariétal*	9c,3.
S.O.B.	10c.	Bitemporal	8c,7.

Pendant l'engagement et la descente de la tête l'écartement du pubis a été porté à 6 centim. 1.

L'enfant pèse le 15 mars, 5970 gr.

Suites de couches normales ; 4 fois seulement les 3e, 5e, 10e et 14e jour, la température a atteint 38°. Réunion par 1re intention.

L'opérée se lève le 30 mars (33e jour) et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

Enfant vivant et bien portant, actuellement en nourrice.

Observation III. — 23 mars 1892 (Pinard).

Femme P..., 30 ans, IVpare. Bassin annelé. Diam. prom.-sous-pub. 9c.

1er *accouchement*, en 1887 (Maternité de Lyon), à terme. Intervention après éthérisation. Enfant mort-né.

2e *accouchement*, en 1888 (Maternité de Lyon), provoqué à 8 mois. Enfant mort le 3e jour.

3e *accouchement*, en avril 1890 (Charité de Lyon), à terme. Application de forceps faite par M. Fochier qui put extraire un garçon pesant 3220 gr., mais dont le diamètre bipariè-

tal ne mesurait que 7 centim (1). Mort au bout de 15 jours, en nourrice.

4e *accouchement*, 23 mars 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 30 juin au 2 juillet 1891.

Le fond de l'utérus remonte à 36^c au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

Présentation du sommet en G. T. (après version externe et ceinture).

Introduction du ballon Tarnier le 21 mars à 10 h. 50 du matin; expulsion à 1 h. de l'après-midi.

23 mars, à 5 heures du matin, introduction du ballon Champetier.

A 11 heures du matin, dilatation complète; extraction du ballon sous le chloroforme; rupture des membranes.

Au bout d'une heure (midi 1/4) M. Fochier fait successivement deux applications obliques du forceps Tarnier; puis M. Pinard fait une application directe, le tout sans succès.

A midi 40. Symphyséotomie (7 minutes).

Les pubis s'écartent spontanément de 1 cent.; par abduction des cuisses l'écartement est porté à 4 cent. 8.

A midi 50. 4e application de forceps, pendant laquelle l'écartement est porté à 6 cent. 1/2.

1 heure. Extraction d'un garçon de 2730 grammes dont les diamètres céphaliques mesurés immédiatement après la naissance sont :

O.M.	12^c,7.	*Bipariétal.*	9^c,7.
O F.	11^c,8.	B. T.	7^c,9.
S.O.B.	10^c,4.	S. M. B.	9^c,5.
S.O.F.	10^c,6.		

Né en état de mort apparente, mais rapidement ranimé, l'enfant pèse, le 15 mars, 3000 grammes et est en parfait état.

Suites de couches normales. Réunion par 1re intention.

L'opérée se lève le 29e jour et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale.

(1) Observation communiquée par M. le Pr Fochier.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

Enfant vivant et bien portant (revu le 7 décembre).

Ces trois femmes ont été présentées à l'Académie de médecine dans sa séance du 21 mai 1892, et j'ai lu le résumé de ces trois observations à la réunion de la Société obstétricale de France.

OBSERVATION IV. — 3 mai 1892 (VARNIER).

Femme R..., 26 ans, IVpare. Taille $1^m,46$. Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, $9^c,8$.

1er accouchement en 1886 (Clinique de la rue d'Assas), terminé par embryotomie après deux jours de travail.

2e accouchement en 1887 (Maternité de Lariboisière, service de M. Pinard), provoqué à 8 mois environ, terminé par version à la dilatation complète (tête avec procidence du cordon, des mains et d'un pied). Fille en état de mort apparente, ranimée sans insufflation, pesant 2400 gr., morte le lendemain.

3e accouchement en 1890 (Maternité de Tenon, service de M. Champetier de Ribes), provoqué à 8 mois, terminé par basiotripsie.

4e accouchement, 3 mai 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 3 au 5 août 1891.

Le fond de l'utérus remonte à 29 centim. au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Présentation du sommet en G. T.

Vu les antécédents, M. Pinard décide de provoquer l'accouchement et de pratiquer la symphyséotomie avant toute tentative d'extraction.

Introduction du ballon Champetier le 3 mai à 5 heures 40 du matin; à 10 heures 1/2 matin dilatation complète, poche intacte, sans procidence, tête en gauche transversale, non engagée.

A 11 heures 48, symphyséotomie par M. Varnier (7 minutes). Écartement spontané de deux travers de doigt (3 cent.).

Rupture artificielle des membranes et à 11 heures 48 application de forceps en gauche transversale. Extraction facile (pendant laquelle l'écartement n'augmente que d'un demi-travers de doigt) d'un garçon de 2130 gr. dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	15c,4	S.O.F.	9c,8.
O.F.	11c,1	*Bipariétal*	8c,2.
S.O.B.	9c,3	Bitemporal	7c,5.

Né en état de mort apparente, mais ranimé en 2 minutes sans insufflation, cet enfant paraît chétif. Il est mis dans une couveuse à 36°. Le respiration se fait mal pendant toute la journée du 3. Cyanose. Ne tete pas mais prend et garde le lait qu'on lui donne à la cuillère.

4 mai. Même état. Respiration accélérée ; la cyanose persiste. Le lait est rejeté.

Mort le 5, à 6 heures du matin.

Autopsie faite à 6 heures du soir.

Poids du cadavre, 1950 gr. Tous les viscères paraissent sains. La tête a été préparée par Tramond et est conservée au Musée. Aucune fracture ou fissure. Os wormiens.

Suites de couches, pathologiques ; abcès de la grande lèvre gauche, incisé et drainé le 17e jour, sans connexion avec la plaie opératoire dont la réunion s'est faite par première intention.

L'opérée se lève le 26e jour et marche sans douleur ; sortie le 23 juin en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

Observation V. — 29 mai 1892 (Pinard).

Femme A..., 38 ans, VIpare. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,3.

1er accouchement en 1885 (Maternité de Lariboisière, service de M. Pinard), à terme, terminé par basiotripsie de l'enfant vivant après 73 heures de travail et une application de forceps faite par M. Pinard. Poids de l'enfant, 3 kil. 520 gr.

2e accouchement en 1887 (Clinique de la rue d'Assas, M. Pinard), provoqué à 7 mois 1/2. Enfant mort pendant le travail.

3e accouchement en 1888 (Maternité de Lariboisière, M. Pinard), provoqué à 7 mois, terminé par une application de forceps au détroit supérieur. Garçon de 2200 gr., mort dans la nuit. Bipariétal 8,6.

4e et 5e grossesses (1890 et 1891), avortements de 2 mois 1/2 et 3 mois.

4e accouchement, 29 mai 1892, à la Clinique Baudelocque.

Dernières règles du 14 au 17 septembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en gauche transversale.

Vu les antécédents, M. Pinard décide d'attendre le terme et de pratiquer la symphyséotomie avant toute tentative d'extraction.

Début du travail le 28 mai à 5 heures du matin (rupture prématurée des membranes); dilatation complète le 29 à 6 heures du matin.

A 10 h. 10, symphyséotomie par M. Pinard (10 minutes). Écartement spontané de 2c,5.

A 10 h. 38, application de forceps en gauche transversale. Extraction facile à 10 h. 40 (pendant laquelle l'écartement est porté à 4c,5) d'un garçon de 3110 gr., criant de suite et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c,2	S.O.F.	10c
O.F.	11c,5	B.P.	9c,1
S.O.B.	10c	B.T.	8c,2

Allaité par sa mère d'abord aidée par une nourrice, cet enfant pèse à sa sortie le 31e jour 3850 gr.

Suites de couches normales; 2 fois seulement 38°, le 2e et le 7e jour. Réunion par première intention.

Se lève sans autorisation le 16e jour sans éprouver aucune gêne; sortie le 30 juin (31e jour) en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction. L'enfant est bien portant (revu le même jour).

OBSERVATION VI. — 29 juin 1892 (PINARD).

M. F..., 32 ans, primipare. Taille 1 m. 35. Bassin généralement rétréci. Diamètre promonto-sous-pubien : 9 centim.

Dernières règles du 9 au 12 octobre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Le 28 juin 1892, vu les renseignements fournis par le palper mensurateur, la mensuration du promonto-sous-pubien et l'exploration de la totalité du bassin, M. Pinard décide de provoquer l'accouchement et de pratiquer la symphyséotomie avant toute tentative d'extraction.

Introduction du ballon Tarnier, le 28, à 10 h. 1/2 du matin; du ballon Champetier à 5 h. 1/2 du matin, le 29 (rupture des membranes).

Dilatation complète à 9 h. du soir; l'extraction du ballon entraîne une déchirure latérale gauche du vestibule, nécessitant l'application de 2 pinces à forcipressure.

A 9 h. 15, symphyséotomie par M. Pinard (3 minutes); écartement de 3 cent. 5.

A 9 h. 24, application de forceps en G. T., et extraction facile à 9 h. 42 (pendant laquelle l'écartement est porté à 6 cent. 2) d'un garçon de 2720 gr., criant de suite, et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13^c	S.O.F	$10^c,3$
O.F.	11^c	*Bipariétal*	$9^c,4$
S.O.B.	10^c	Bitemporal	$8^c,2$

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse, à sa sortie, le 15e jour, 4000 gr.

Suites de couches normales. Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 20e jour (27 juillet), et marche sans douleurs et sans difficultés. Actuellement elle est infirmière dans le service. L'enfant, revu le 7 décembre 1892, est bien portant.

OBSERVATION VII. — 7 juillet 1892 (PINARD).

A..., 23 ans, primipare. Taille $1^m,42$. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien 10,4.

Dernières règles du 25 au 30 septembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Le 6 juillet 1892, vu les renseignements fournis par le palper mensurateur, M. Pinard provoque l'accouchement à l'aide du ballon Tarnier remplacé le 7 juillet, à 4 heures du matin, par le ballon Champetier.

Dilatation complète à 10 heures 1/4 du matin le 7 juillet.

A 10 heures 40, après exploratipn manuelle, symphyséotomie par M. Pinard (7 minutes). Écartement spontané de 1 centim.

A 10 heures 51, rupture artificielle des membranes et application de forceps en G. T.; extraction à 11 heures 4 (pendant laquelle l'écartement est porté à 5 centim.), grâce à une deuxième application de forceps, la première menaçant de déraper, d'un garçon de 3300 gr., vivant, dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13^c	S.O.F.	12^c.
O.F.	12^c,2	*Bipariétal*	10^c.
S.O.B.	11^c	Bitemporal	9^c.

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse à sa sortie, le 2 septembre, 4340 grammes.

Suites de couches légèrement pathologiques (oscillations autour de 38°,5 pendant les 7 premiers jours. Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 24e jour; marche sans douleurs.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction. L'enfant est bien portant (en nourrice).

Observation VIII. — 30 juillet 1892 (Lepage).

M. M..., 26 ans, secondipare. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,7.

1er accouchement en 1887 (hospice d'Amiens), à terme, spontané, d'un enfant volumineux (?) actuellement vivant et bien portant.

2e accouchement, 30 juillet 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 1er au 5 octobre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

A l'arrivée dans le service, le 30 juillet à 4 h. 44 du matin, la dilatation est presque complète ; le travail a débuté le 29 à 11 h. du soir, les membranes sont intactes.

A 6 h. 45 du matin, rupture artificielle des membranes.

A 7 heures, M. Lepage, répétiteur, constate : dilatation complète, tête très élevée en G. T. ; liquide vert, procubitus du cordon, bruits du cœur sourds et irréguliers.

Après une application de forceps restée infructueuse (20 minutes de tractions) M. Lepage prévient M. Pinard qui lui fait faire la symphyséotomie, à 10 heures (13 minutes); section de la symphyse de bas en haut. Écartement spontané de 26 millim.

Application de forceps et extraction facile à 10 h. 18 (extraction pendant laquelle l'écartement a été porté à 5 cent.) d'un garçon de 4000 grammes, né en état de mort apparente, insufflé, ranimé 10 minutes après et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	$13^c,1$	S.O.F.	$11^c,3$
O.F.	$11^c,5$	*Bipariétal*	$9^c,5$
S.O.B.	$9^c,8$	Bitemporal	$8^c,7$

Allaité par une nourrice, l'enfant pèse à sa sortie, le 2 septembre, 4090 grammes.

Suites de couches pathologiques. Abcès de la grande lèvre droite, incisé et drainé le 10e jour, sans connexion avec la plaie opératoire dont la guérison s'est faite par première intention.

L'opérée se lève le 30e jour. Sort le 5 novembre en parfait état. Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (en nourrice).

Observation IX. — 13 septembre 1892 (Varnier).

Femme B..., secondipare. Taille $1^m,39$. Bassin rachitique annelé.

Diamètre promonto-sous-publien, $9^c,2$.

1er accouchement en 1889 (Maternité de Lariboisière, service de M. Pinard), à terme, terminé par basiotripsie de l'en-

fant mort. Femme apportée en brancard, dilatation complète membranes rompues, procidence du cordon et du bras antérieur. Tête non engagée en G. T. M. Varnier dut faire deux broiements ; l'extraction ne devint néanmoins possible qu'après rétropulsion du bras antérieur et il fallut pratiquer la manœuvre de Ribemont pour extraire le tronc. Poids de l'enfant, 3350 grammes.

2e accouchement, 13 septembre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 10 au 15 décembre 1891.

A l'entrée dans le service, le 26 juillet, grossesse de 7 mois environ. Enfant vivant, sans présentation fixe; la tête est maintenue en bas à l'aide de la ceinture eutocique à partir du 15 août. Dès ce moment le palper mensurateur montre qu'il y a disproportion.

M. Pinard partant en vacances laisse à M. Varnier le soin de fixer la date à laquelle sera pratiquée la symphyséotomie; M. Varnier décide d'attendre le terme.

Début du travail le 12 septembre 1892, à 7 heures du soir.

La dilatation est complète le 13, à 5 heures 40 du soir.

A 5 heures 40, symphyséotomie par M. Varnier (6 minutes). Écartement de 3 cent. 5 provoqué par abduction des cuisses. A ce moment, rupture spontanée des membranes.

A 5 heures 49, application de forceps en G. T. Extraction à 5 heures 55 (pendant laquelle l'écartement est porté à 7 cent.) d'un garçon de 3,200 grammes, criant de suite et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	12c,5	Bitemporal	8c,5
S.O.B.	9c,8	Circonf. S.O.B.	34c
S.O.F.	11c,4	— S.O.F.	36c
Bipariétal 9c,5			

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse 3630 grammes à sa sortie le 16 octobre.

Suites de couches: 3 fois seulement les 3e, 4e, 5e jours la température a atteint 38°,5. Réunion par première intention. L'opérée se lève le 19e jour, marche seule et sans douleurs.

Et cependant il faut noter que, au cours de l'extraction, il s'était produit, à gauche de l'urèthre, intact ainsi que le montra le cathétérisme, une déchirure longitudinale de la paroi antérieure du vagin permettant de conduire, par le vagin, l'index entre les pubis écartés. La plaie opératoire communiquait avec le vagin qui fut tamponné à la gaze iodoformée laissée en place pendant 3 jours.

Sort en parfait état le 16 octobre. Pas de mobilité anormale, pas de troubles de la miction ni de la marche ; cicatrice vaginale nettement perceptible au toucher, non douloureuse.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (revu le même jour).

Observation X. — 1er octobre 1892 (Pinard).

A. F..., 25 ans, secondipare ; bassin plat. Diamètre promonto-sous-pubien 10 cent.

1er accouchement en 1891 (Clinique Baudelocque). Albuminurie et éclampsie.

Accouchement gémellaire. Extraction par les pieds. Enfants vivants, morts l'un à 14 jours, l'autre à 4 mois pesant l'un 2300 gr. (bipariétal 8^c,5), l'autre 1980 gr. (bipariétal 8^c,4).

2e accouchement, 1er octobre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 15 au 18 décembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en gauche transversale.

Début du travail le 29 septembre à 7 heures du soir. A 9 heures du soir, le 1er octobre, la dilatation restant stationnaire depuis 12 heures (5 francs), les membranes étant rompues, la tête nullement engagée, très inclinée sur le pariétal postérieure, intermédiaire à la flexion et à l'extension, M. Varnier applique un ballon Champetier et, lorsque la dilatation est complète, après extraction du ballon distendu au maximum, fait une application de forceps en gauche transversale qui ne fait qu'accuser la déflexion. Il fait alors une deuxième application de flexion (forceps à l'envers) ; la flexion est obtenue, mais malgré de solides tractions, l'engagement ne

se produit pas. Ne voulant pas faire une application de force, M. Varnier va chercher M. Pinard qui, à 10 h. 50, les choses étant toujours au même point, pratique la symphyséotomie (12 minutes).

Écartement immédiat de 3 centimètres.

A 11 h. 9, application de forceps en gauche transversale et extraction facile (pendant laquelle l'écartement est porté à 4c,5) d'un garçon de 3220 grammes, criant de suite, dont les diamètres céphaliques sont :

S.O.B.	9c,3	Bitemporal	7c,8
S.O.F.	10c,6	Circonf. S.O.B.	31c
Bipariétal	9c	— S.O.F.	32c

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse, à sa sortie, 3420 gr.

Suites de couches normales. Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 19e jour, marche seule et très bien ; sort le 6 novembre en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (en nourrice).

OBSERVATION XI. — 6 octobre 1892 (PINARD).

A. B..., 28 ans, secondipare. Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 10 cent.

1er accouchement en 1889 (Maternité), à terme, terminé par une application de forceps. L'enfant a succombé le 27e jour, de convulsions, portant encore les traces de l'application de forceps.

2e accouchement, 9 octobre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles, du 26 au 29 décembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Début du travail, le 5 octobre à 3 h. du matin. Rupture spontanée des membranes à 7 h. 20 du soir. Dilatation complète à 11 h. 55 du soir. Application de forceps en gauche transversale au détroit supérieur, par M. Wallich qui, malgré des tractions énergiques, ne peut engager la tête.

Après avoir pratiqué le toucher manuel, M. Varnier ne voulant pas faire une seconde application qui serait une application de force, prévient M. Pinard. Celui-ci, exactement renseigné sur l'état de la mère et de l'enfant, conseille d'attendre encore.

A 10 h. du matin, la température étant à 38°,8, et les choses étant toujours au même point, M. Pinard pratique la symphyséotomie en présence du professeur Krassowski (2 minutes). Écartement immédiat de 3 cent.

Application de forceps en G. T. Extraction facile à 10 h. 25 (pendant laquelle l'écartement est porté à 5 cent. 8) d'un garçon de 3750 gr., né en état de mort apparente, mais rapidement ranimé et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c,6	B.T.	7c,9
O.F	11c	S.O.B.	10c,3
B.P.	8c,4	S.O.F.	11c,5

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse, à sa sortie, le 15 novembre, 4840 gr.

Suites de couches : La température a oscillé autour de 38°, sans dépasser 38°,5, pendant les 12 premiers jours.

Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 29 octobre (23e jour) et sort le 15 novembre en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (en nourrice).

Observation XII. — 21 octobre 1892 (Wallich).

M..., tertipare. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 10,5

1er accouchement en 1886, spontané, à terme, enfant vivant.

2e accouchement, spontané en 1889 ; enfant volumineux, mort pendant le travail.

3e accouchement, 21 octobre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 4 au 8 janvier.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Début du travail le 19 octobre à 8 heures du soir; rupture spontanée des membranes à 1 heure du matin le 20.

A la visite le matin, 20 octobre, M. Varnier constate que la tête qui se présente en G. T., non engagée, en attitude intermédiaire à la flexion et à l'extension, est inclinée sur le pariétal antérieur (obliquité de Nægelé). Fœtus volumineux. Dilatation comme 5 francs. Pronostic impossible, vu l'obliquité de Nægelé, la déflexion, le rétrécissement du bassin et le volume du fœtus. Si les choses ne se corrigent pas d'elles-mêmes, inutile et dangereux d'appliquer le forceps; on fera la symphyséotomie d'emblée si la tête ne s'engage pas d'elle-même.

A 5 heures, la dilatation est complète.

A 10 heures du soir, l'exploration manuelle montre que la tête n'a pas bougé d'une ligne.

A 11 heures 50, M. Pinard fait pratiquer la symphyséotomie par M. Wallich, répétiteur. Écartement immédiat (à 12 heures 10) par abduction des cuisses, de 2 cent. 5. Une première application de forceps (12 heures 15) ayant dérapé et le cordon ayant fait procidence, M. Varnier fait une seconde application rapide en flexion. Extraction à 12 heures 20 (pendant laquelle l'écartement est porté à 4 cent. 5) d'un garçon de 3650 grammes, né en état de mort apparente, qui commence à respirer à 12 heures 27, et ne pousse son premier cri qu'à 12 heures 31.

Les diamètres céphaliques sont:

O.M.	13c,5	*Bipariétal*	9c,5
O.F.	12c,3	Bitemporal	7c,9
S.O.B.	10c,4	Circonf. S.O.B.	33c
S.O.F.	11c,4	— S.O.F.	35c

Cet enfant, allaité par une nourrice, pèse actuellement 4610 gr.

Suites de couches : 38°,5 les 5e, 6e et 7e jours. Réunion par première intention. Les fils sont enlevés le 29 octobre.

L'opérée se lève le 8 novembre (le 19e jour), marche bien et sans douleurs jusqu'au 16 novembre. Ce jour-là, 38°,4 et

le lendemain apparition d'une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche pour laquelle elle est encore actuellement en traitement à la clinique Baudelocque.

OBSERVATION XIII. — 13 novembre 1892 (POTOCKI).

M. F..., 38 ans, secondipare. Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,7.

1er accouchement en 1880 (Maternité), à terme, céphalotripsie.

2e accouchement, 13 novembre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 18 au 22 février 1892.

Présentation du siège transformé par manœuvres en externes O. I. D. T.

Début du travail le 11 novembre, à 11 heures du soir; rupture spontanée des membranes à minuit.

Dilatation complète le 13 novembre, à 8 heures du matin.

Vu les renseignements fournis par le palper mensurateur, M. Pinard fait pratiquer la symphyséotomie d'emblée à 9 heures du matin, par M. Potocki (9 minutes). Écartement spontané de 3 centim.

A 9 h. 11, application de forceps et extraction à 9 h. 23 (pendant laquelle l'écartement est porté à 5 cent. 7), d'une fille de 3,300, née en état de mort apparente, insufflée et ranimée ; morte à 1 heure du matin, le 4 novembre.

Les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13,6	B.P.	9,5
O.F.	11,2	B.T.	8,4
S.O.F.	10,7		

Prise irrégulière, oblique ; frontal antérieur présentant une dépression profonde produite par la cuiller antérieure, dépression qui disparut dans la soirée en même temps qu'apparaissaient des mouvements convulsifs de la moitié gauche de la face. La tête, conservée au musée, sera décrite ultérieurement.

Suites de couches. Température oscillant autour de 38°, les cinq premiers jours.

Réunion par première intention. L'opérée se lève le 22e jour. Aucun trouble de la marche ni de la miction. Est encore à la Clinique.

Vous venez de voir ces treize femmes et vous avez pu constater que leur état général ne laisse rien à désirer. Il ne reste chez elles comme stigmate de l'opération qu'elles ont subie, qu'une petite cicatrice à peine visible au niveau de la région pubienne. Chez toutes, le bassin est aussi solide qu'avant l'opération. Aucune ne présente de troubles du côté de la miction ni du côté de la station. Le résultat est donc aussi satisfaisant et aussi complet que possible du côté maternel.

Nous avons été moins heureux du côté des enfants, car si tous ont été extraits vivants, je n'ai pu vous en montrer que dix, aussi beaux, il est vrai, les uns que les autres ; mais les trois autres sont morts :

Le 1er, le 3e jour après la naissance (1re observation);
Le 2e, le 2e jour — — (4e observation);
Le 3e, 16 heures — — (13e observation).

Si nous recherchons la cause de la mort de chacun de ces enfants nous voyons que, pour le 1er, la mort a été produite par une fracture d'un pariétal au moment de l'extraction de la tête dernière.

L'écartement préalable du bassin n'était certainement pas suffisant, vu le volume de la tête et le rétrécissement pelvien. C'est là un point extrêmement important sur lequel je reviendrai.

Le 2e enfant est mort de faiblesse congénitale, car il ne présentait à l'autopsie aucune lésion. Bien que son poids fût à la naissance de 2,130 grammes, sa vitalité était rudimentaire. Son cri était faible, son ventre volumineux. Des troubles respiratoires se montrèrent bientôt et il mourut cyanosé. On ne peut ici incriminer ni l'opération ni l'opérateur. S'il y a un coupable c'est moi, car on peut m'adresser le reproche d'avoir interrompu trop tôt la grossesse. Mais j'avais été conduit à agir ainsi en raison de ce qui s'était passé lors des accouchements précédents (1er accouchement à terme, em-

bryotomie; 2e accouchement provoqué à 8 mois, enfant mort; 3e accouchement provoqué à 8 mois, basiotripsie). Je reviendrai également sur ce fait.

Quant au 3e enfant, il succomba comme le premier à la suite d'une fracture portant cette fois sur le frontal. Bien que l'écartement spontané des pubis fût avant l'extraction de 3 centimètres, la tête s'engagea difficilement, car elle était volumineuse (diamètre B. P., 9,3), mais surtout parce que l'application de forceps avait été irrégulière (prise oblique). C'est encore là un point que nous ne devrons pas oublier tout à l'heure.

Tels sont les résultats fournis par la symphyséotomie dans cette clinique depuis le 4 février 1892.

Avant d'entrer dans l'étude détaillée des faits, et bien que je veuille m'occuper spécialement de ce qui s'est passé ici, il me semble qu'il peut être intéressant de jeter un coup d'œil rapide sur ce qui s'est fait ailleurs pendant ce même laps de temps et de rechercher si nous avons été suivi dans nos tentatives. Voyons donc ce qui s'est fait en France et à l'étranger.

Dès le 15 mars, M. Tarnier, en me faisant l'honneur de présenter ma leçon à l'Académie, se déclarait partisan de l'opération, après avoir vu deux de mes opérées. Le 28 juin il présentait à l'Académie une femme chez laquelle il avait pratiqué la symphyséotomie le 27 mai, avec un succès complet pour la mère et pour l'enfant (1).

M. Porak, accoucheur de la Maternité de Lariboisière, présentait également à l'Académie, le 19 juillet, une femme opérée par lui avec un plein succès pour la mère et pour l'enfant (2). Une deuxième observation du même auteur est relatée dans un rapport lu à l'Académie le 6 septembre, rapport sur lequel je serai obligé de revenir dans le cours de cette leçon.

Mon collègue et ami, le Dr Ribemont-Dessaignes, accoucheur de la Maternité de Beaujon, a pratiqué déjà quatre symphyséotomies (communication orale). Mon chef de cli-

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 28 juin 1892, p. 873.

(2) Voyez *Annales de Gynécologie*. Tome XXXVIII, p. 213.

nique a fait en ville avec un succès complet sa 2[e] symphyséotomie. Cette opération a été exécutée cette année trois fois déjà à Marseille (communication orale de mon collègue et ami le D[r] Queirel).

J'en sais d'autres pratiquées en France, mais comme elles ne sont pas encore publiées, je n'en parle pas.

A l'étranger, Müllerheim, assistant du professeur Freund, en fit une à Strasbourg (1).

Léopold en pratiqua deux à Dresde (2) et sa conduite est bientôt suivie en Allemagne par Desiderius v. Velits (3) et Zweifel (4).

The Medical News, n° du 16 octobre, contient deux observations de symphyséotomies pratiquées l'une, la première en Amérique, par le D[r] Ch. Jewett (de Brocklyn), le 30 septembre 1892; la 2[e] le 1[er] octobre par le D[r] Barton Cooke Hirst.

J'ai reçu il y a deux jours une lettre du D[r] Rodriguez dos Santos, m'apprenant qu'il venait de faire avec succès la première symphyséotomie au Brésil.

Enfin le *British med. Journal* rapporte dans son numéro du 3 décembre que la première symphyséotomie vient d'être pratiquée en Angleterre (5).

Si nous joignons à tous ces cas, les opérations faites en Italie par Novi, Caruso, Morisani et Truzzi, je ne serai pas éloigné de la vérité en disant que cinquante symphyséotomies au moins ont été pratiquées en 1892, année qui pourra, je crois, être appelée *année de la renaissance de la symphyséotomie*.

Il y a lieu de se demander maintenant si, en dehors des observations publiées, il y a eu des travaux scientifiques dans lesquels de nouvelles recherches soient venues infirmer ou confirmer ce que nous avions établi, et si la formule

---

(1) *Centralb. f. Gynäk.*, 1892, n° 30, p. 588.

(2) *Ibid.*, p. 586.

(3) *Centralb. f. Gyn.*, 1892, n° 40, p. 777.

(4) *Cent. f. Gyn.*, n° 44, p. 857.

(5) Le *Centrablatt f. Gynäk.* du 10 décembre contient deux observations de symphyséotomies exécutées le 5 septembre et le 4 octobre par le D[r] A. Trongreen, à Helsingfors.

géométrique du professeur Farabeuf a été contestée. Je n'en vois pas. Le professeur Morisani a publié une conférence (1) très intéressante, mais où il rappelle surtout ce qu'il avait déjà dit dans des travaux antérieurs. Caruso (2) nous a donné une statistique qui complète celle du Dr Spinelli et expose les résultats obtenus à Naples du 25 août 1887 au 7 février 1892. J'ai été heureux de voir Caruso préconiser notre manuel opératoire. Truzzi (3) en publiant son observation se livre à une étude purement théorique. Enfin Harris, in *The Remarkable Results of antiseptic symphysiotomy* (Gynecological Transactions, v. XVII, 1892), ne s'occupe que de statistique.

Nous n'avons donc à examiner que les réflexions qui accompagnent les observations publiées. Ces réflexions portent presque toutes sur le manuel opératoire et particulièrement sur la façon dont on doit attaquer la symphyse. Les uns attaquent la symphyse de bas en haut, les autres de haut en bas, et d'arrière en avant.

Quelques-uns s'efforcent de sectionner *incomplètement* la symphyse, ou si la symphyse est coupée, ils essaient de respecter le ligament sous-pubien (Léopold, Zweifel).

Quant aux moyens contentifs, on a proposé, pour favoriser la consolidation du bassin, la suture osseuse (Léopold) et différents bandages inamovibles ou pouvant être facilement enlevés pour faire le pansement.

Voilà le résumé rapide de ce qui a été fait sur la question.

Je vous demande pardon, Messieurs, j'omettais quelque-chose. Un accoucheur de Paris a lu à l'Académie de médecine, dont il est membre, un long mémoire sur la symphyséotomie. Dans cette communication se trouvent trois choses :

1° Un résumé de l'article Pubiotomie publié par le profes-

(1) Morisani. *Sulla Sinfisiotomia. Riforma medica*, n° 60, mars 1892.

(2) Caruso. *Contributo alla pratica della sinfisiotomia. Annali di ostetricia e Gynecologia*, t. XIV, n° 4, avril 1892.

(3) Truzzi. *Per la Riabilitazione della sinfisiotomia*. Milan, 1892, 2e semestre.

seur Bouchacourt dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;*

2° Un plaidoyer en faveur de la symphyséotomie ;

3° L'annonce que, dans les deux premières symphyséotomies pratiquées par moi, j'aurais eu un accident opératoire, et que des deux enfants, l'un serait né mort.

Or de ces trois choses, les deux premières ne sont pas nouvelles, car l'article du Pr Bouchacourt est publié depuis longtemps, et d'autre part le plaidoyer venait un peu tardivement, — le 15 mars, — alors que j'avais fait ma leçon le 7 décembre de l'année précédente.

Quant à la troisième, elle est simplement fausse. Je n'ai jamais eu d'accident opératoire et je n'ai jamais extrait un enfant né mort.

Vous voyez que je n'étais pas bien coupable d'avoir oublié cette communication en énumérant les travaux sérieux faits sur la symphyséotomie. Cependant, pour ne rien omettre, je vais encore vous signaler un rapport fait par ce même accoucheur et lu à l'Académie de médecine dans la séance du 6 septembre 1892.

Vous pourrez lire dans ce rapport les lignes suivantes (in *Bulletin de l'Académie de médecine,* page 399): « En résumé, tous les opérateurs jusqu'à présent procèdent à peu près de la même manière, qu'ils se servent de la faucille de Galbiati ou du simple bistouri boutonné. *Tous attaquent la symphyse d'arrière en avant.* »

Vous entendez bien, Messieurs, tous les opérateurs attaquent la symphyse d'arrière en avant, d'après cet auteur; ceci est écrit et même se trouve en caractères italiques dans le Bulletin officiel de l'Académie. Et alors on trouve quelques lignes plus loin, le conseil d'attaquer la symphyse d'avant en arrière, après avoir *décollé les tissus rétro-pubiens !*

Il y a un mot ou plusieurs pour qualifier cette manière d'agir ; je préfère n'en prononcer aucun, ayant hâte d'abandonner ce terrain pour revenir à mon sujet et examiner les trois questions suivantes :

1° Que nous a appris l'expérience ?

2° Quelle place doit occuper la symphyséotomie dans l'obstétrique opératoire ?

3° Quels sont et quels seront ses rapports avec les autres opérations ?

1° *Que nous a appris l'expérience ?*

Nous avons appris, Messieurs, par les 13 cas qui ont été observés dans cette clinique, que les résultats obtenus sur le cadavre peuvent être obtenus de la même façon sur la femme vivante et que la formule géométrique du professeur Farabeuf est parfaitement exacte.

Nous avons appris que le manuel opératoire que nous avions conseillé, que nous avons employé et que je vous demande la permission de rappeler brièvement, rend l'opération facile et protège absolument les organes qui ne doivent pas être atteints.

Toutes les précautions antiseptiques prises, tous les instruments chirurgicaux et obstétricaux préparés, la femme doit être placée dans le décubitus dorsal parfait, au bord d'un lit résistant et de hauteur modérée, afin de pouvoir dominer du regard, tombant à pic, la ligne médiane qu'il s'agit d'inciser. Si sur le cadavre, on peut se placer à droite pour pratiquer la symphyséotomie, sur le vivant, il vaut mieux, en raison du développement du ventre, se placer entre les jambes. C'est ainsi que j'ai toujours procédé sur le vivant. Inciser sur la *ligne médiane*, exactement sur cette ligne, les téguments et la graisse prépubienne dans une étendue de 8 centim. environ. L'incision s'arrêtant au-dessus du clitoris, séparer les muscles droits dans la partie supérieure de la plaie et immédiatement au-dessus de la symphyse, pour permettre au doigt, l'index, de pénétrer dans la cavité prévésicale, et de protéger la vessie. Ce doigt joue, pour moi, un rôle capital : il protège, il renseigne. Il protège la vessie par sa face dorsale, il sent souvent le bourrelet de la symphyse (mais pas toujours, car ce dernier est quelquefois si peu accusé que sa saillie n'est pas appréciable) et alors rend

facile la section. Dès que le bistouri a pénétré dans la symphyse c'est ce doigt, sur lequel vient buter l'extrémité boutonnée de l'instrument, qui rend compte des progrès de la section jusqu'aux dernières fibres du ligament sous-pubien. Le doigt étant ainsi dans la cavité prévésicale, inciser la symphyse de haut en bas (1) et d'*avant en arrière* par plusieurs traits de bistouri, en laissant ce dernier pénétrer là où il trouve le moins de résistance. Dès qu'on a pénétré dans la symphyse, il faut laisser le bistouri nous guider pour ainsi dire, et ne pas vouloir lui faire suivre la ligne droite d'une façon immuable.

Ne pas s'arrêter après la section de la symphyse, mais sectionner complètement le ligament sous-pubien. Pour cette section, prendre la précaution de faire introduire une sonde dans l'urèthre afin de récliner ce dernier en bas vers le côté; puis attaquer avec précaution le ligament par petits coups, en coupant pour ainsi dire fibre par fibre. Le doigt renseigne sur les progrès accomplis et, règle générale, au moment où le doigt apprend qu'il ne reste que quelques fibres, qu'une petite corde résistante, cette corde se rompt, et l'écartement spontané qui n'était que de quelques millimètres, augmente subitement et atteint deux à trois centimètres. Une prudente abduction des cuisses montre alors qu'un écartement plus considérable peut être facilement obtenu. Je ne saurais trop répéter qu'avant toute tentative obstétricale il faut s'assurer que la section est complète, qu'il ne reste rien dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire qu'il faut que les pubis soient écartés de *quatre centimètres au moins* (2).

---

(1) Une seule fois, voyez l'observation VIII, le Dr Lepage a incisé de bas en haut, mais il n'a plus l'intention de recommencer.

(2) Si dans nos observations nous nous sommes arrêtés presque toujours au-dessous de quatre centimètres, l'expérience et les expériences nous ont démontré que l'on peut et que l'on doit aller plus loin avant toute intervention obstétricale et qu'un ecartement de quatre centimètres *au moins* est nécessaire.

Si l'abduction des cuisses ne suffit pas pour produire cet écartement, l'écarteur enregistreur que nous avons fait construire par M. Collin et que je vous montre, introduit entre les deux surfaces de section, produira facilement le résultat désiré et indispensable. Cela fait, remplir la plaie et la recouvrir avec une éponge, avec de la gaze ou de la ouate antiseptique. Vous voyez que je rejette complètement et absolument la section sous-cutanée, l'incision de la symphyse de bas en haut, et l'incision d'arrière en avant. Vous voyez surtout que je suis en contradiction formelle avec ceux qui préconisent la section incomplète ou le respect du ligament sous-pubien. Je suis convaincu que si j'avais obtenu un écartement préalable de 4 centimètres dans ma première opération, avant d'extraire le fœtus, au lieu de laisser à la tête dernière le rôle d'écarteur, j'aurais obtenu un meilleur résultat.

Cela dit pour le manuel opératoire de la symphyséotomie proprement dite, j'examine une question obstétricale et je dis : avant symphyséotomie comme après symphyséotomie il est préférable que l'enfant se présente par le sommet. Une application de forceps est préférable à une extraction par les pieds. Telle est ma conviction.

Mais ici encore, je ne saurais trop répéter que l'application de forceps doit être une application de forceps régulière. Introduisez donc la main assez profondément pour placer votre première cuiller directement en arrière au niveau de la région pré-auriculaire ; si la tête est défléchie, fléchissez-la au préalable avec la main, rien n'est plus facile ; cela fait, introduisez l'autre branche sans déplacer ni la première ni la tête. Rappelez-vous que si les deux cuillers introduites et placées ne sont pas sur le même plan, si vous êtes obligés de faire des efforts pour articuler, vos cuillers sont mal placées, votre tête est mal prise, et tout à l'heure en tirant, vous allez sans vous en douter, faire subir localement à la tête des pressions énormes et provoquer des fractures, — vous vous rappelez ce qui s'est passé dans notre 13e observation. Donc, *nécessité absolue d'une application de forceps régulière*

sur une tête fléchie, après comme avant symphyséotomie.

De même qu'après la section de la symphyse, je préfère intervenir et ne pas laisser aux contractions seules le soin d'expulser le fœtus, de même, après l'extraction du fœtus, je ne prolonge pas la période de délivrance. Si après un quart d'heure le placenta n'est pas décollé, je pratique la délivrance artificielle, car la femme, sous l'influence de l'anesthésie chloroformique, est exposée à perdre plus de sang, et il est nécessaire de continuer l'anesthésie jusqu'à la fin de la suture de la plaie.

Aussitôt après la délivrance, je fais et vous conseille de faire une injection intra-utérine. Lorsque l'eau revient claire et que l'utérus est bien rétracté, j'introduis dans le vagin de la gaze iodoformée puis je nettoie la plaie avec une éponge trempée dans une solution phéniquée à 5 p. 0/0 et je procède à la suture des *parties molles.*

Les symphyses rapprochées et bien en contact, je place quatre fils d'argent profonds rasant la face antérieure du pubis et quatre superficiels ; et je recouvre le tout d'iodoforme et de gaze iodoformée.

Puis, les jambes ayant été rapprochées et maintenues à l'aide d'un lien quelconque, la femme est placée ici soit dans le lit que j'ai fait faire et que je vous montre — lit qui permet à l'aide de ses deux tampons latéraux et concaves de maintenir constant le rapprochement des os du bassin — soit dans une gouttière de Bonnet. Si cela est possible dans une maternité, cela peut être impossible dans la pratique ordinaire, aussi je crois que le simple rapprochement des jambes avec un bandage de corps bien appliqué et bien serré au niveau du bassin, ou un bandage plâtré, comme je l'ai fait pour ma première opérée, sont parfaitement suffisants.

La supériorité de mon lit ou de la gouttière de Bonnet consiste dans la facilité avec laquelle le corps tout entier peut être soulevé sans déterminer le moindre mouvement du côté du bassin.

Le 8e jour les fils doivent être enlevés, et à ce moment les

femmes se retournent déjà dans leur lit avec facilité et sans douleur. Si une de nos femmes s'est levée à notre insu le 14e jour sans qu'il en soit résulté le moindre accident, je crois prudent de ne les faire lever que vers le 20e jour. Telle est la meilleure conduite à tenir selon moi pendant et après l'opération.

L'expérience m'a démontré que je ne m'étais pas trompé lorsque je disais il y a un an : « M. le Dr Spinelli, ancien assistant du professeur Morisani, a bien voulu non seulement me donner les renseignements les plus complets sur les différents procédés employés en Italie, mais encore exécuter devant nous cette opération sur le cadavre telle qu'on l'exécute à Naples. *Je crois que ce manuel opératoire peut être simplifié et rendu plus sûr* ». La section de la symphyse à ciel ouvert, de haut en bas et d'avant en arrière, qu'on peut appeler le *procédé français*, est une opération qui ne nécessite nullement un appareil instrumental compliqué.

Un bistouri à lame courte, solide et mince et un bistouri boutonné sont absolument suffisants. Mais je ne saurais trop vous recommander d'avoir à votre disposition une scie à chaîne et l'écarteur enregistreur. La scie à chaîne sera votre ressource ultime si vous ne pouviez par hasard sectionner la symphyse. On a dit que dans certains cas la symphyse était ankylosée ; cela peut être, car je n'ai pas la prétention d'avoir tout vu, mais tout ce que je puis vous affirmer c'est que j'ai sectionné la symphyse sur plus de 100 cadavres de femmes âgées sans avoir jamais rencontré d'ankylose.

L'écarteur enregistreur vous servira surtout à suivre les progrès de l'écartement pendant l'extraction. Nous avons vu dans plusieurs de nos observations l'écartement dépasser 6 centim., et dans ces cas la consolidation du bassin se faire aussi bien et aussi vite que dans les cas où l'écartement n'avait pas dépassé 4 centim.

Je crois qu'il serait imprudent de dépasser 7 centim., et qu'il faut redoubler de lenteur dans l'extraction et faire immobiliser le bassin lorsque l'aiguille commence à dépasser 6 centim. Et si j'insiste sur ce point, c'est bien moins dans la

crainte de produire des lésions au niveau des symphyses sacro-iliaques, que dans le but d'éviter des lésions des parties molles au niveau de la vulve, du vagin et de la vessie. Nous n'avons jamais observé de lésions ni de l'urèthre ni de la vessie; mais dans trois cas (voyez les obs. VI, IX, XI), nous avons reconnu, après l'extraction, une petite déchirure vestibulo-vaginale, communiquant dans un cas au moins avec la plaie opératoire. Ces déchirures guérirent rapidement et sans sutures, mais de semblables solutions de continuité pourraient être le point de départ de lésions plus étendues, plus profondes et par cela même beaucoup plus graves.

Voilà, Messieurs, ce que nous a appris notre expérience.

J'arrive à la seconde question : *quelle place doit occuper la symphyséotomie dans l'obstétrique opératoire ?*

Aujourd'hui l'on peut dire que non seulement la symphyséotomie est ressuscitée, mais encore qu'elle doit tenir une des premières places parmi les opérations obstétricales.

Elle doit tenir, dis-je, une des premières places, parce qu'elle est surtout et avant tout une opération conservatrice. Elle ne lèse et ne doit léser aucun organe important de l'organisme maternel. Elle peut et doit soustraire l'enfant à toutes lésions graves. Est-ce à dire que les statistiques n'enregistreront pas de décès maternels ou fœtaux? Assurément non. Mais ira-t-on incriminer l'opération dans tous ces cas? On pratiquera la symphyséotomie sur des femmes ayant déjà subi des applications de forceps et déjà infectées; ces femmes succomberont. Auront-elles succombé de par la symphyséotomie? Non. L'embryotomie ou l'opération césarienne n'auraient pas donné de meilleurs résultats. Je ne me fais pas d'illusion, je serai combattu et traité d'enthousiaste; mais en attendant que l'on me démontre qu'une femme est morte uniquement de et par la symphyséotomie, je persiste dans ma conviction.

J'ai eu la joie de voir mon maître, M. Tarnier, appuyer la symphyséotomie de sa grande autorité. J'ai eu la joie non moins vive de voir le grand césarien, le professeur

Léopold, adopter et mettre en pratique notre manière de voir. Je vois que nombre de nos collègues, de nos confrères pensent et agissent comme nous. Cela me suffit. Je laisse aux faits le soin d'entraîner ou de convertir les autres.

Il nous reste à examiner la troisième question : *Quels sont et quels seront les rapports de la symphyséotomie avec les autres opérations obstétricales ?*

Elle en aura de bons avec les unes, de fort mauvais avec les autres. Parmi ces dernières, je cite tout d'abord l'embryotomie pratiquée sur le fœtus vivant. Celle-là a vécu. Nous sommes à jamais débarrassés de ce cauchemar !

L'opération césarienne, suivie ou non de l'amputation utéro-ovarique, deviendra de plus en plus rare. Elle trouvera encore ses indications dans les cas de tumeurs utérines ou autres remplissant l'excavation ; mais heureusement combien ces cas sont peu nombreux ! Et encore, dans quelques-uns, la symphyséotomie pourra-t-elle trouver son indication. C'est ainsi que mon chef de clinique le Dr Lepage a pratiqué en ville, avec succès pour la mère et pour l'enfant, une symphyséotomie dans un cas où une tumeur oblitérait en partie l'excavation.

Pour les rétrécissements du bassin, l'opération césarienne ne doit plus reconnaître comme indication qu'une *indication absolue*.

Messieurs, ces bassins à indication absolue sont tellement rares que vous avez toutes les chances pour n'en rencontrer jamais.

Si les rapports de la symphyséotomie avec l'embryotomie fœticide et l'opération césarienne sont faciles à délimiter, la tâche n'est pas encore aussi aisée, quand il s'agit d'établir les rapports de la symphyséotomie, d'une part avec l'accouchement provoqué, d'autre part avec les applications de forceps.

Cependant on peut dire, je crois, dès aujourd'hui, que la symphyséotomie est appelée à rendre un grand service à l'accouchement provoqué. Elle nous évitera de pratiquer désormais des accouchements *provoqués par trop prématurés*

La crainte de l'obstacle, de la filière pelvienne rétrécie, ne hantera plus autant nos esprits, et sachant que nous avons la faculté, j'allais dire la facilité d'agrandir la voie, nous attendrons avec calme que la vitalité du fœtus, que son aptitude à vivre de la vie extra-utérine soient certaines.

Le point délicat et qui ne sera jugé que par une longue expérience, par un nombre considérable de faits bien observés est le suivant : vaut-il mieux provoquer un accouchement à 8 mois, comptant sur un accouchement spontané, que d'attendre la déclaration du travail spontané et tempestif et de pratiquer la symphyséotomie? Je ne me reconnais pas le droit de vous dire aujourd'hui quelle est mon opinion à ce sujet. J'en ai une ; mais j'attends pour la faire connaître que des observations nombreuses soient venues l'appuyer ou la modifier.

Si la symphyséotomie doit faire disparaître l'accouchement provoqué trop prématuré, elle doit faire disparaître également *toute application de forceps dite de force.* Que de fois, dans la crainte de pratiquer l'embryotomie et dans l'espoir d'extraire un enfant vivant, n'avons-nous pas, n'ai-je pas, pourrais-je dire, exercé des tractions aussi fortes que longues et dont le résultat n'était autre chose qu'une céphalotripsie déguisée !

La symphyséotomie doit faire abandonner à tout jamais ces tractions meurtrières.

Quand une application de forceps régulière n'aura pu faire engager la tête après des tractions modérées, une seule chose est à faire : retirer l'instrument et pratiquer la symphyséotomie, comme je l'ai fait chez ma deuxième opérée dont le bassin n'étant pas vicié par le rachitisme était peu au-dessous de la normale, mais dont l'enfant était extrêmement volumineux,

Vous voyez, Messieurs, l'influence déjà exercée par la symphyséotomie sur la plupart des opérations obstétricales. Vous voyez son rôle bienfaisant s'exerçant et devant s'exercer sur presque toutes les viciations pelviennes : bassin simplement petit ou aplati, bassin vicié par le rachitisme, c'est-à-dire bassin vicié au détroit supérieur, bassin vicié au détroit

inférieur, celui-ci gagnant plus que le détroit supérieur par la symphyséotomie. Il ne reste guère après cela que les bassins asymétriques et surtout les bassins obliques ovalaires avec synostose d'une symphyse sacro-iliaque.

Ici, Messieurs, la symphyséotomie perd la moitié ou la totalité de ses droits, cela est vrai ; mais je suis heureux de vous dire qu'on peut dans ces cas pratiquer avec succès une opération conçue, imaginée et réglée par le professeur Farabeuf, l'*ischio pubiotomie* que j'ai faite pour la première fois le 9 novembre dernier et dont j'aurai l'honneur de vous entretenir dans une prochaine leçon.

REVUE ANALYTIQUE

CANCER UTÉRIN (suite) (1)

Hystérectomie vaginale pour prolapsus et pour cancer. Société médico-chirurgicale de Bologne, par BIONDI. *Annali di Ostet. e Ginec.*, Milan, mars 1890, p. 287.

Le professeur Biondi a opéré ce prolapsus par l'hystérectomie vaginale parce que l'hystéropexie ne lui paraît pas toujours inoffensive. La crainte de voir les autres viscères faire hernie par la cicatrice du vagin lui paraît fondée, car il se rappelle un cas où la masse intestinale s'était insinuée dans le vagin et sortait par la vulve. P. MAUCLAIRE.

Carcinome d'un utérus prolabé, par EMMERICH ULLMANN. *Wien. med. Presse*, 1889, n° 50, p. 1969.

Chez une femme de 81 ans atteinte à la fois de prolapsus utérin, uréthral et rectal, Ullmann observa un carcinome utérin. Le prolapsus datait de 20 ans, le cancer de 6 mois. L'hystérectomie, faite malgré le grand âge de la malade à cause des douleurs vives dont elle souffrait, fut des plus faciles et sans perte de sang.

H. H.

Carcinome utérin ; hystérectomie supra-vaginale ; guérison, remarques. (Carcinoma uteri ; supra-vaginal hysterectomy ; Recovery, remarks), par E. STANMORE BISHOP. In *Lancet*, London, 1890, I, p. 130.

(1) Voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.* novembre 1892, p. 390.

Observation intéressante parce qu'on vit apparaître six semaines après l'opération une hémorrhagie menstruelle absolument typique. Dans plusieurs autres cas, Mayo, Robson, Geathead et Lawson Tait ont noté le même phénomène. J.-L. FAURE.

Hystérectomie vaginale. (Vaginal Hysterectomy), par E. E. MONTGOMERY, de Philadelphie. *Amer. J. of Obst.*, mai 1889, p. 1157.

Bien avant Freund, qui, en 1878, recommanda l'ablation de l'utérus malade, Andréas Cruce est probablement le premier, en 1560, qui ait exécuté cette opération, Gutberlet, en 1814, obtint un prix pour un memoire sur ce sujet. En 1822, Sauter fit l'ablation de l'utérus par le vagin ; Langenbeck, Blondell, Récamier, l'imitèrent; West réunit 25 opérations, avec une mortalité de 22 opérées.

La mortalité heureusement a diminué, puisque M. Hache (*Rev. Sc. méd.*, XXIX, p. 721, 739) a pu réunir 495 opérations, qui n'ont donné que 24,29 0/0 de morts (1), 26 seulement des opérées étaient bien au bout de 2 ans.

Rewes Jackson (Congrès de Washington, 1887) n'est pas partisan de l'hystérectomie ; Montgomery ne partage pas sa défiance. Il décrit son procédé dans la description duquel je ne puis le suivre.

Puis il raconte 3 cas. L'une des opérées était bien au bout de 10 mois. Il ne dit rien de la sortie de la seconde, opérée en février 1889. La troisième mourut le 7e jour, de tétanos, après avoir joué avec son chien.

Montgomery conclut :

1° L'hystérectomie est la seule opération justifiable dans les cas de cancer limité à l'utérus.

2° Faite avec les précautions nécessaires, elle n'est pas plus dangereuse que l'ovariotomie; elle doit être chaudement recommandée.

3° Il faut la faire aussitôt que le diagnostic est posé. « *S'il y a doute, la malade doit en avoir le bénéfice, il faut enlever la zone.* »

4° On doit arrêter l'hémorrhagie avec les pinces ou le clamp.

A. C.

Douze hystérectomies vaginales. Observations et réflexions. (Dodici isterectomie vaginali per carcinoma, osservazioni e considerazioni), professeur L. MANGIAGALLI. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1890, p. 1.

L'auteur décrit tout d'abord sa technique opératoire, et il donne

(1) Dans cet article, Hache cite LANGENBECK et non LANGENBUCH. Je n'ai pas sous la main les éléments nécessaires au contrôle du nom (A. Cordes).

la préférence à la ligature des ligaments larges, qu'il trouve facile. Contrairement à Hofmeier, il laisse les ovaires dans la plupart des cas. Mangiagalli rapporte ensuite ses douze observations suivies toutes de succès.

Abordant ensuite les indications de l'opération, il pense avec Ruge, Veit, Schrœder que la nature du cancer importe peu, ce qu'il faut préciser c'est la topographie, le point de départ du cancer; il admet la classification de Ruge en cancer de la portion vaginale du col, cancer de la muqueuse du col et cancer du col. Barraud a reproduit aussi la même classification, car il admet la forme superficielle, la forme cavitaire et la forme parenchymateuse. Or, ces différentes formes n'évoluent pas de la même façon. La forme superficielle peut permettre l'ablation superficielle du viscère; les deux autres nécessitent l'hystérectomie totale.

Mangiagalli rappelle ensuite les statistiques intéressantes d'Hofmeier et de Pawlick au point de vue de la récidive, et les nombreux cas rapportés à la Société de chirurgie de Paris en 1888. Il rappelle qu'Abel a, le premier, insisté sur des *altérations étendues et éloignées de la muqueuse du corps dans le cas de carcinome paraissant limité au col*, lésions qu'il considérait comme de nature carcinomateuse tandis que Eckardt, Fränkel, Orthmann, Olshausen, Veit et Ruge les regardent comme de simples lésions inflammatoires. Mais Landau et Waldeyer ont confirmé l'opinion d'Abel.

Enfin les statistiques montrent que les cas de mort due à l'opération diminuent tous les ans, et que l'hystérectomie totale faite de bonne heure, doit sans aucun doute être préférée à l'amputation partielle du col pour éviter autant que possible la récidive.

P. Mauclaire.

Sur le traitement palliatif du cancer de l'utérus inopérable, et sur le traitement de l'endométrite chronique par le chlorure de zinc. (Sulla cura palliativa del cancro dell' utero inoperabile et sul trattamento dell' endometrite cronica col cloruro di zinco), par Curatalo. *Annali di Ostet. e Ginec.*, Milano, 1890, p. 78.

C'est Marion Sims et non Varker qui employa le premier le chlorure de zinc dans le cas de cancer inopérable. Varker lui avait attribué à tort une action spécifique. Curatalo l'a employé chez une malade enceinte et la grossesse ne fut pas interrompue.

Dans un autre cas, il se produisit une forte hémorrhagie après la chute de l'eschare.

Dans l'endométrite chronique, les cautérisations au chlorure de zinc ont donné de très bons résultats sans aucun accident.

P. MAUCLAIRE.

Obstruction intestinale consécutive à une hystérectomie vaginale; laparotomie. (Laparotomy for intestinal obstruction following vaginal hysterectomy), par H. C. COE, de New-York. *Am. J. of Obst.*, 1890, février, p. 144.

L'opérée succomba le lendemain de la laparotomie.

L'auteur regrette de ne pas avoir opéré plus tôt, mais le pouls ne battait que 102, et la température n'a pas dépassé 38°,5. Coe cite 6 cas terminés par la mort. A. C.

Hystérectomie vaginale pour affection maligne de l'utérus. (Vaginal hysterectomy for malignant disease of the uterus), JANVRIN. *The New-York Journ. of. gyn. and obst.*, septembre 1892, p. 813.

C'est du cancer utérin que l'auteur s'occupe ; il en fait une classification d'après son siège et son mode d'extension : 1) épithélioma développé sur le col; 2) épithélioma s'étendant jusqu'à la cavité cervicale et dans cette cavité ; 3) épithélioma s'étendant jusqu'au corps de l'utérus et dans le corps de l'organe ; 4) épithélioma s'étendant jusqu'aux tissus (cellulaire et glandulaire) péricervicaux ; 5) épithélioma se propageant à la muqueuse vaginale ; 6) épithélioma s'étendant par en bas et dans ou à travers la paroi vaginale ; 7) épithélioma ou carcinome se développant primitivement sur l'endométrium ; 8)... gagnant ensuite le corps de l'utérus ; 9) enfin, les annexes de l'utérus.

Les variétés 1), 2), 3), 5), 7) et 8) sont manifestement justiciables de l'hystérectomie, et l'on est autorisé à espérer l'absence de récidive. Les variétés 4) et 6) constituent déjà une indication moins nette à cette opération ; quant à la dernière, elle éveillera bien difficilement l'idée de l'hystérectomie. En ce qui concerne les cas où le processus cancéreux s'est, à travers le vagin, propagé à la vessie et au rectum, l'auteur, sans la condamner formellement, ne se rallie pas à la proposition de Mickulicz, que « *il ne faut pas craindre d'attaquer largement rectum et vessie, qui ne sont pas des organes essentiels à la vie* ». Par contre, quand le processus n'a fait que toucher la muqueuse vaginale, à cette phase précoce où la nature elle-même se charge d'opposer une barrière,

provisoire du moins à l'extension du mal, l'hystérectomie est encore de mise, à condition qu'on enlève en même temps que l'utérus, une portion suffisante de la muqueuse du vagin.

Au résumé, il faut opérer dans *tous* les cas où le processus est cantonné vers l'orifice externe ou dans le col, également dans ceux où il a gagné la muqueuse vaginale, pourvu qu'il n'ait pas envahi les tissus profonds de la paroi du vagin ni les tissus cellulaires et lymphatiques ; également, dans tous les cas où la maladie, primitivement développée dans l'endométrium, reste confinée dans le corps de l'utérus, et n'a atteint ni les annexes ni le péritoine.

L'auteur décrit ensuite sa technique opératoire, après avoir minutieusement insisté sur la désinfection préalable du vagin. Touchant l'opération elle-même, nous signalerons que pour l'hémostase, il préfère la méthode des ligatures à l'emploi des pinces, des clamps hémostatiques. A ce sujet, il décrit une aiguille qu'il a fait spécialement contruire, pour les cas où l'étroitesse du vagin, le peu de mobilité de l'utérus, d'élasticité des ligaments larges, etc., rendent l'application des ligatures particulièrement difficile.

R. L.

SYMPHYSÉOTOMIE

Symphyséotomie pratiquée par JEWETT. *The Med. News*, n° 16, octobre 1892, p. 432 (1).

La première symphyséotomie, faite en Amérique, a été pratiquée par Ch. Jewett (de Brooklyn), le 30 septembre 1892.

La femme, une Américaine, primipare, entra en travail le 30 septembre à 1 heure du matin. A 10 heures du matin l'occiput arrivait à la vulve, mais il y était solidement fixé par un rapprochement des ischions, qui réduisait le diamètre bi-ischiatique à 3 pouces (soit 78 millim. environ). Neuf heures plus tard, le Dr Jewett voyait la parturiente. Il fit une application vigoureuse de forceps, mais sans résultat. La symphyséotomie fut faite 2 heures 1/2 après, soit 11 heures 1/2 après l'enclavement de la tête au détroit inférieur. L'expulsion de l'enfant fut ensuite facilitée par des pressions exercées au-dessus de la symphyse tandis

(1) Il est parfaitement regrettable que cette observation soit relatée d'une façon aussi incomplète. Pas le moindre renseignement sur les diamètres de la tête fœtale, sur le degré d'écartement obtenu par la symphyséotomie, etc.

R. L.

que, simultanément, on agissait sur la tête fœtale à travers le rectum. La femme est maintenant en bonne santé. Quant à l'enfant, malheureusement il mourut 24 heures après sa naissance, des suites des compressions subies par la tête pendant son enclavement au détroit inférieur. R. L.

Symphyséotomie pratiquée par BARTON COOKE HIRST. *The Med. News*, n° 16, octobre 1892, p. 432.

X..., 29 ans, enceinte pour la première fois, est admise à la Maternité le 24 septembre. L'examen obstétrical permet de constater que l'enfant se présente par la tête, dos à droite.

Mensurations pelviennes : épines, 25 centim.; crêtes, 27 centim.; transverse, 30 1/2; conjugué externe, 18 centim.; conjugué diagonal, 9 1/2 centim; conjugué vrai, 7 3/4 centim.

Début du travail, le samedi matin, 1er octobre; les douleurs qui continuent tout le jour, redoublent le dimanche. Le lundi matin, Hirst remarque que l'anneau de contraction est très élevé, et que la tête fœtale reste mobile au-dessus du détroit supérieur. Les membranes sont intactes. Les doubles battements fœtaux sont bons. Il faut opter évidemment entre : la césarienne, la crâniotomie, ou la symphyséotomie. C'est celle-ci que pratique (1) Hirst, assisté des Drs Norris et Harris.

L'enfant fut extrait avec le forceps 1 heure et 4 minutes après le début de l'opération. L'opérateur prit son temps à dessein, parce que la dilatation, au moment où il intervint, ne dépassait pas un dollar, et que dans ces conditions, il eût été dangereux d'extraire rapidement.

Diamètres de la tête fœtale : B.T. 7 1/2; B.P. 9; O.F. 12; O.M. 13 1/2; circonférence 34 centim.

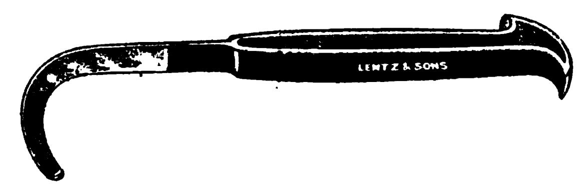
Enfant et mère en bonne santé (2).

Technique opératoire. — Après désinfection du vagin, et nettoyage minutieux du champ opératoire, l'opérateur fait une courte incision verticale de la paroi abdominale, allant à environ 3/4 de pouce au-dessus de la symphyse. Les muscles droits sont désinsérés juste ce qu'il faut pour admettre un doigt. L'indicateur gauche est alors glissé au-dessous de la symphyse, puis un bistouri courbe de Galbiati (*voir la fig.*) est conduit sur ce doigt,

(1) Le degré d'écartement obtenu n'est pas noté.

(2) On ne dit pas au bout de combien de jours.

jusqu'à ce que son extrémité courbe arrive au-dessous et en avant de la symphyse. L'articulation est alors sectionnée de bas en haut



et de dehors en dedans. Pour éviter une blessure de l'urèthre, on introduit un cathéter à l'aide duquel on récline le canal en bas et à droite tandis que le bistouri est dirigé un peu à gauche (1).

Dès que l'articulation est incisée, la plaie est recouverte avec de la gaze iodoformée et l'enfant est extrait avec le forceps, ou l'on laisse l'expulsion se faire naturellement suivant les cas. Hirst préfère l'emploi du forceps. Il est bon durant le passage de la tête de faire exercer une contre-pression sur les trochanters, de façon à prévenir une lésion des articulations sacro-iliaques (2). Dès que l'accouchement est terminé, on suture la plaie. Le point de suture inférieur peut, si on le désire, comprendre l'extrémité de la symphyse.

La plaie réunie et pansée, des bandelettes adhésives, élastiques sont disposées autour des hanches et du bas-ventre, et le tout est assujetti par un bandage solide. R. L.

BIBLIOGRAPHIE

De l'usage de l'ichtyol dans la thérapeutique des femmes. (Ueber die Anwendung des Ichthyols in der Frauenkunde), par R. HERMANN (Görlitz).

Ce travail, très soigné, a pour base 150 observations recueillies à la clinique et à la policlinique de Strasbourg, ou tirées de la pratique privée de Freund. De cet ensemble important de faits, l'auteur déduit les conclusions suivantes : Si de ces 150 cas, on néglige 2 fissures du mamelon, pour lesquelles la guérison fut rapide, et 6 cas de cancer inopérable, dans lesquels il ne fut noté qu'une

(1) Hirst pense qu'il est difficile, avec cet instrument, de léser soit l'urèthre, soit le plexus veineux voisin.

(2) Voir plus haut, p. 412.

diminution de l'écoulement ichoreux, il en reste 142 d'affections inflammatoires de l'appareil génital de la femme. Sur ce nombre : 22 cas d'affections de l'utérus lui-même ou de sa muqueuse, dont 11 guérisons, 9 améliorations, 3 échecs ; 120 cas dans lesquels les tissus péri-utérins étaient affectés, dont 59 guérisons, 56 améliorations, 5 échecs. Dans ce groupe rentrent 13 exsudats périmétriques avec 9 guérisons et 4 améliorations ; en outre, 33 paramétrites chroniques sans affection péritonéale concomitante, avec 16 guérisons, 15 améliorations et 2 échecs ; enfin, 14 cas de rétroflexion adhérente dans lesquels le redressement, après traitement préalable par l'ichtyol, réussit toujours sauf dans un cas. R. L.

Contribution à l'étude des rapports morbides de l'œil et de l'utérus, par Ch. Janot (Thèse Montpellier, 1892).

L'auteur a réuni sur ce sujet 86 observations. C'est presqu'une bibliographie complète.

Dans les états physiologiques de l'utérus, qu'il s'agisse de menstruation normale, de la puberté, de la grossesse, de l'accouchement, de l'état puerpéral et enfin de la ménopause, l'œil peut subir les atteintes les plus diverses et les plus variées, les plus minimes et les plus graves, l'œil peut même être définitivement et irrémédiablement perdu. Toute la pathologie oculaire y passe. Il n'est pas une région de l'œil qui soit assurée de rester indemne : blépharites, conjonctivites phlycténulaires, kératites panneuses et pustuleuses, iritis séreuse, irido-choroïdites, décollement de la rétine, hémorrhagies du vitré avec accidents glaucomateux, névrite optique, hémiopie sans lésion ophtalmoscopique, amblyopie et amaurose, asthénopie accommodative, héméralopie, myopie et strabisme liés à la grossesse, et particulièrement dans l'état puerpéral, embolies septiques ou non avec toutes leurs conséquences : voilà le bilan des méfaits dont on accuse l'utérus !

Dans les états pathologiques de l'utérus nous devons nous attendre à trouver au moins les mêmes lésions, c'est ce qui ressort de nombreuses observations. Les membranes d'enveloppe de l'œil peuvent être atteintes, mais c'est surtout le tractus uvéal qui paie un large tribu, les irido-choroïdites sont en effet fréquentes. L'anatomie du tractus uvéal permettait de s'y attendre.

Ce tableau est très chargé, malgré cela nous citerons le cas récent rapporté par Valude dans les *Annales d'oculistique* (avril 1892) et qui prouve qu'à côté des atrophies optiques secon-

—

daires à d'autres lésions, on peut rencontrer, notamment dans la grossesse, une atrophie optique simple, idiopathique qui survient sans qu'il existe la moindre trace de rétinite, la moindre hémorrhagie, la moindre dégénérescence graisseuse des éléments rétiniens.

Pour expliquer tous ces troubles on a eu recours à plusieurs théories, que l'étroite limite de notre travail permet seulement d'indiquer sans les discuter.

S. Cohn et les anciens auteurs expliquaient tout par la congestion et l'anémie, théorie dans laquelle on peut faire entrer celle des réflexes.

La théorie de l'infection a pris rang récemment sous les auspices de de Wecker et Trousseau.

Ces théories peuvent toutes revendiquer des faits à leur actif, mais ne peuvent avoir la prétention de s'exclure mutuellement. Elles ne sont déjà pas certaines d'agir seules et de n'avoir pas besoin comme cause adjuvante mais nécessaire d'un autre élément, soit une diathèse, soit une tare quelconque de l'œil malade.

La question en est là et c'est aux observateurs modernes à s'aider de la clinique, de la pathologie générale et de la bactériologie pour élucider la pathogénie de ces affections. C'est-à-dire que tout ou presque tout reste à faire.

M. Janot a réuni les travaux faits précédemment, les a groupés avec méthode. C'est de là qu'il faut partir pour faire de nouvelles recherches, qui seront aussi les plus intéressantes. A. PÉCHIN.

Les manifestations oculaires de l'hystérie. Œil hystérique, par PANSIER, Paris, Alcan, 1892.

Dans ce travail, l'auteur étudie successivement l'œil hystérique normal, l'œil hystérique pathologique (amblyopie, kopiopie, migraine ophtalmique, affections hystériques des muscles de l'œil, etc.) et la valeur séméiologique de ces divers troubles hystériques.

Le stigmate de la névrose se trouve dans le rétrécissement concentrique, régulier, avec inversion des champs visuels colorés; il existe toujours dans l'hystérie, et jusqu'à aujourd'hui on ne l'a jamais signalé en dehors de l'hystérie.

Combined gynecological operations, par GEORGE M. EDELBOHLS. (Extrait de l'*American Journal of medical Sciences*, Philad., septembre 1892.)

L'auteur, après avoir décrit son arsenal instrumental et son

matériel de sutures, insiste sur ce fait que l'on doit toujours exécuter en une même séance toutes les opérations que l'on a à pratiquer, à moins que parmi elles se trouve une laparotomie, celle-ci devant toujours être pratiquée seule.

Opérations obstétricales, par H. Fritsch. — Trad. de l'allemand par F. Stas.

Travail important que nous nous contentons d'annoncer pour le moment, mais qui mérite une analyse circonstanciée.

R. L.

Le volume des **Procès-verbaux, Mémoires et Discussions** du 6e Congrès français de chirurgie tenu à Paris au mois d'avril dernier, sous la présidence de M. le professeur Demons, de Bordeaux, vient de paraître à la librairie Félix Alcan, publié par les soins de MM. les docteurs S. Pozzi, secrétaire général, Picqué, secrétaire général adjoint du Congrès.

Ce volume, illustré de 89 gravures, contient 120 communications sur les sujets les plus divers concernant la chirurgie et particulièrement sur les trois questions à l'ordre du jour de la session : *Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales. — Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires. — Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires.* On y trouvera également les rapports exposant l'état actuel de ces importantes questions, dont avaient été respectivement chargés MM. Jeannel, Guyon et F. Terrier. (1 vol. grand in-8° de 800 pages, 16 fr. Félix Alcan, éditeur.)

OUVRAGES REÇUS

Menstruation et Fécondation. — *Physiologie et Pathologie,* par le Dr A. Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris.

Gynécologie, Séméiologie génitale, par A. Auvard, accoucheur des hôpitaux.

La pratique gynécologique et obstétricale des hôpitaux de Paris, P. Lefert.

Le Gérant : G. Steinheil.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXXVIII

Juillet à Décembre 1892.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XXXVIII

Juillet à Décembre 1892.

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUES CLINIQUES

